

*Strengthening*

Families &  
Communities

**Pratiche promettenti  
per servizi *adozione-competenti*  
di salute mentale**

**Un Libro Bianco**

**Casey Family Services  
The Casey Center  
for Effective Child Welfare Practice**

ottobre 2003

**Traduzione in italiano (2007):  
Ugo Uguzzoni\* e Marcia E. Salusti**

(\*Professore Associato di Psicologia Clinica,  
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia  
Email: ugo.uguzzoni@unimore.it)



## Indice

5	Introduzione
11	Valutazioni in letteratura riguardanti il bisogno di servizi di salute mentale <i>adozione-competenti</i>
28	Valutazioni delle famiglie adottive riguardanti il bisogno di servizi di salute mentale <i>adozione-competenti</i>
35	Pratiche promettenti utilizzabili dai servizi di salute mentale adozione-competenti: un primo sguardo
71	Sommario e raccomandazioni su “aspetti realizzabili”
74	Appendice

**Nota dei traduttori:** Tutti i termini segnati con un asterisco (\*) sono definiti nel glossario bilingue, il quale si trova in appendice all’Introduzione ai Libri Bianchi.

## Ringraziamenti

Hanno contribuito all'elaborazione di questo libro: organizzazioni nazionali, specialisti\* operanti nel campo dell'assistenza per minori e dell'adozione, ed in modo certamente più importante, molte famiglie adottive. A tutti esprimiamo il nostro ringraziamento.

Siamo grati a Lorrie Lutz, consulente e autrice principale di questo libro, per aver raccolto i dati di ricerca e parlato con le famiglie adottive e gli specialisti, nonché per aver abbracciato questo lavoro con tanta passione. Le sue vedute, la sua dedizione e il suo entusiasmo sono stati di inestimabile valore.

I nostri ringraziamenti vanno anche ai membri del nostro Comitato Consultivo Nazionale e della National Association of State Adoption Programs (NASAP) [l'Associazione Nazionale dei Programmi Statali per l'Adozione], i quali hanno dedicato molte ore ad esaminare lo scopo e il punto focale di questo Libro Bianco, fornendoci di suggerimenti utili alla formulazione di pratiche promettenti\* e offrendoci feedback costruttivo.

Abbiamo collaborato inoltre con Liz Oppenheim dell'Association of Administrators of the Interstate Compact on Adoption and Medical Assistance [l'Associazione degli Amministratori della Convenzione Interstatale sull'Adozione e sull'Assistenza Medica] presso l'American Public Human Services Association [l'Associazione Americana dei Servizi Umani Statali e Locali], la quale ha offerto un'attenta valutazione delle esigenze delle famiglie adottive, in materia di salute mentale e dell'attuale risposta lacunosa a queste esigenze. La Federation of Families for Children's Mental Health [la Federazione delle Famiglie per la Salute Mentale dei Bambini] ha aderito a questa iniziativa; ringraziamo la consulente Pamela Marshall per aver condotto dei focus group con le famiglie adottive alla conferenza annuale della Federation. Il feedback e il supporto forniti da Mary Lee Allen del Children's Defense Fund [il Fondo per la Difesa dei Bambini] sono stati di inestimabile valore.

Patrick McCarthy della Annie E. Casey Foundation e il Child Welfare Strategy Group [il Gruppo per la Pianificazione Strategica dell'Assistenza ai Minori] della stessa Fondazione, come anche Joy Duva, Eliot Brenner, Sania Metzger, Ann Sullivan, Frances Porter, Diane Kindler e Lauren Frey dei Casey Family Services, sono stati di particolare aiuto attraverso la consulenza e il supporto da loro offerti.

In particolare desideriamo esprimere il nostro profondo apprezzamento alle molte famiglie adottive che hanno partecipato così appassionatamente con le loro storie personali, le quali non solo hanno ispirato questo lavoro, ma hanno anche reso più intenso il nostro impegno volto ad assicurare che queste *“pratiche promettenti di servizi adozione-competenti di salute mentale”* possano avere l'opportunità di diventare una realtà in ogni stato.

**Pratiche promettenti**  
**di servizi di salute mentale**  
*adozione-competenti*

*Un Libro Bianco*

**L'impegno dei Casey in materia di adozione e di servizi post-adozione.** I Casey Family Services<sup>1</sup>, il ramo dell'Annie E. Casey Foundation dedicato ai servizi diretti, considerano l'adozione un percorso che si snoda per tutta la vita e che conseguentemente i bisogni dei bambini di supporti e servizi continuativi di salute mentale non terminano con il decreto definitivo di adozione. Le eventuali difficoltà relative a problematiche dello sviluppo\* che emergono prima e durante l'esperienza di affidamento sono destinate ad avere un impatto sui rapporti interpersonali dei bambini prima, durante e lungo tutto il corso dell'esperienza adottiva, e si rifletteranno sui rapporti con le loro famiglie adottive per tutta la vita.

Dal 1976 i Casey Family Services offrono una costellazione di servizi di assistenza per i minori e per la famiglia. Nel 1991 i Casey Family Services hanno iniziato in sei delle loro otto Succursali ad offrire un approccio globale ai servizi post-adozione. Nel dicembre 2000 i Casey Family Services hanno tenuto la prima Conferenza Nazionale sui Servizi Post-Adozione. Più di 500 persone, tutti membri di equipe provenienti dai vari stati, sono venute per imparare dalle esperienze reciproche e per stabilire contatti tra di loro. I Direttori dei Programmi Statali per l'Adozione ed altri membri delle equipe statali presenti alla conferenza si sono confrontati riguardo a temi comuni quali: la pratica, le politiche e la ricerca. Hanno individuato nella disponibilità di “*servizi di qualità adozione-competenti di salute mentale*”, e nell'accessibilità agli stessi, da parte dei bambini adottati e delle loro famiglie, una priorità assoluta.

---

<sup>1</sup> N.d.T.: Una descrizione dei Casey Family Services, della Annie E. Casey Foundation e del Casey Center for Effective Child Welfare Practice è riportata in terza di copertina della pubblicazione stampata e alla penultima pagina del file in pdf.

In tutta la nazione, il numero crescente di bambini che stanno trovando famiglia attraverso l'adozione evidenzia un fenomeno senza precedenti. Secondo i dati federali più recenti, 51.000 bambini sono stati adottati tramite il sistema di assistenza ai minori nel 2000, più del doppio dei bambini adottati tramite i nostri sistemi pubblici nel 1996 (cioè 24.000 bambini).<sup>2</sup> Sebbene molti dei bambini che vengono adottati attraverso il sistema di assistenza ai minori non necessitino di servizi di salute mentale continuativi, un numero significativo di questi bambini invece ne ha bisogno.

*“Il supporto e la preservazione delle famiglie adottive rappresentano un tema che tradizionalmente riceve meno attenzione rispetto a tutti i procedimenti inerenti all'adozione di per sé. Noi siamo convinti che, in alcuni casi, i servizi post-adozione sono fondamentali per aiutare i figli e le famiglie ad affrontare i problemi e a costruire rapporti sani.”*

—Raymond L. Torres  
Direttore Esecutivo

**Scopo e punto focale.** Questo libro risponde a questa esigenza crescente di servizi adozione-competenti continuativi, mettendo in rilievo delle *pratiche promettenti\** di servizi adozione-competenti di salute mentale: servizi creativi, iniziative formative, supporti, pratiche e collaborazioni per interventi e trattamenti; pratiche che possono nascere entro i sistemi di assistenza ai minori, i sistemi di salute mentale e del Medicaid\*, per fare fronte ai complessi bisogni psicologici dei bambini adottati e delle loro famiglie di recente formazione. Accanto a presentare argomentazioni a favore di servizi adozione-competenti di salute mentale, vengono individuate le lacune attualmente esistenti nei sistemi di servizi di salute mentale, per quanto riguarda i bambini vulnerabili, sia nel caso questi siano adottati attraverso i sistemi pubblici non a scopo di lucro che si occupano di assistenza ai minori, sia nel caso di quelli adottati tramite enti privati in questa e presso altre nazioni. Sebbene molte di

queste pratiche “promettenti”\* debbano ancora essere valutate, il lavoro realizzato merita di essere messo in evidenza come uno stimolo per far sì che i sistemi pubblici di assistenza ai minori, di salute mentale e del Medicaid, finanzino simili programmi in modo più mirato e che ne valutino l'efficacia nel tempo.

<sup>2</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Adoption and Foster Care Analysis and Reporting System (AFCARS). (settembre 2000).

Accanto ad un esame della letteratura sul bisogno di servizi adozione-competenti di salute mentale, l'attenzione primaria di questo Libro Bianco è focalizzata sulle valutazioni e sulle esperienze di specialisti\* nel campo dell'adozione e di famiglie che hanno adottato bambini attraverso il sistema pubblico di assistenza ai minori. Le famiglie hanno condiviso con premura le loro idee su ciò che per loro funziona, su ciò che è stato difficile, su dove esistono lacune e dove intravedono pratiche che offrono “speranze”. Le storie delle famiglie adottive contengono la saggezza dell'esperienza vissuta e un orientamento su come il sistema di assistenza ai minori e il sistema di salute mentale possano raggiungere un'integrazione caratterizzata da una maggiore collaborazione tra di loro. Le loro esperienze evidenziano inoltre il bisogno di avere specialisti adozione-competenti, nel campo della salute mentale, che riescano a vedere oltre le diagnosi particolarmente difficili.

Le fatiche affrontate dalle famiglie adottive nell'accedere a servizi adozione-competenti di salute mentale rispecchiano, per molti versi, le difficoltà incontrate anche da altre famiglie nell'accedere a servizi competenti di salute mentale. Tutte le famiglie, che si mettono in cerca di servizi di salute mentale per i loro figli, si trovano di fronte ad un guazzabuglio di servizi e supporti caratterizzati da fondi insufficienti ed ispirati ad un miscuglio di teorie, filosofie e interventi terapeutici spesso frastornante. Inevitabilmente la stragrande maggioranza delle famiglie, adottive e non, fanno affidamento su servizi finanziati con fondi pubblici o servizi finanziati attraverso piani di assicurazione sanitaria privata; quindi è la prassi per loro trovarsi di fronte a limitazioni riguardanti la disponibilità, l'intensità e la durata dei servizi che si occupano di salute mentale. Quando, a questo bisogno di assistenza, si associano problemi relativi all'adozione, trovare servizi competenti di salute mentale diventa ancora più arduo.

**Il Pubblico dei lettori.** Questo Libro Bianco è stato scritto per i direttori dei programmi statali di adozione, per i direttori dei sistemi di assistenza ai minori, per i direttori dei servizi di salute mentale e del Medicaid, per i peroratori\* e per le famiglie adottive, in quanto sono persone che possono

adoperarsi per far sì che queste pratiche promettenti diventino una realtà in ogni stato. La nostra speranza è che queste gemme di pratiche creative possano essere adattate, valutate ed eventualmente, accolte e sostenute nelle comunità di tutta la nazione, perché senza la disponibilità *di servizi e supporti di salute mentale adozione-competenti*, centrati sulla famiglia e di qualità, e senza l'accessibilità a tali servizi e supporti, molte di queste famiglie di nuova formazione potrebbero non evolvere e maturare positivamente. La nostra speranza è che questo Libro Bianco possa essere utile al progresso delle iniziative di supporto alle famiglie adottive a livello locale, regionale e nazionale, per permettere loro di realizzare le loro speranze e i loro sogni.

Raymond L. Torres

Direttore Esecutivo

Casey Family Services

Sarah B. Greenblatt

Direttrice

The Casey Center for Effective

Child Welfare Practice

## **Esplorando pratiche promettenti di servizi di salute mentale *adozione-competenti***

### *La storia di una famiglia adottiva*

*Per iniziare la discussione sulle difficoltà incontrate nel cercare servizi adozione-competenti di salute mentale, la storia di una famiglia (i nomi sono stati cambiati nel rispetto della privacy) fornisce un esempio delle complesse esperienze affrontate da molte famiglie adottive.*

“Nostra figlia Shannon era stata abbandonata in ospedale all'età di tre anni. Precedentemente la polizia l'aveva trovata nuda che giaceva con il protettore della madre biologica. Aveva anche subito un trapianto di fegato di recente perché affetta da atresia biliare.

Nei primi due anni di tutela affidataria Shannon era stata con una serie di famiglie, senza che alcuno dei collocamenti fosse durato a lungo. Shannon credeva che nessuno le avrebbe voluto bene perché tanto sarebbe morta comunque a causa della malattia al fegato, e che sarebbe ‘finita all'inferno’ a causa del suo comportamento.

“Durante la nostra prima visita (Shannon aveva 5 anni all'epoca), urlò per tutto il tempo; sembrava una belva. L'assistente sociale di Shannon ci disse che la percezione dell'amore nella sua vita e di un ambiente strutturato con una routine costante e prevedibile, l'avrebbe aiutata a calmarsi. E infatti per un breve periodo dopo il trasferimento a casa nostra Shannon si calmò, ma nel giro di pochi mesi il suo comportamento diventò violento e intollerabile. Ci rivolgemmo ad un servizio di counseling per un aiuto. Il terapeuta era mal informato e scarsamente preparato ad affrontare Shannon e la sua storia. Andammo avanti, consultando 10 terapeuti diversi senza trovarne alcuno che capisse Shannon o le questioni che noi, la sua famiglia adottiva, stavamo affrontando. Tutte le volte che la portavamo da un terapeuta diverso, lei faceva il ritratto della vittima ‘perfetta’, convincendoli, con le sue abilità ad inventare, che noi la stavamo maltrattando. Di conseguenza alcuni terapeuti ci segnalavano per maltrattamento ad enti per la protezione dei minori.

“Ad un certo punto, Shannon si rifiutò di prendere le medicine per il fegato che la tenevano in vita, aveva bisogno di un aiuto del tipo ospedaliero: un ricovero. Il reparto ‘psico’ (sic) si rifiutò di ammetterla a causa del problema al fegato e il reparto di med/chir (sic) si rifiutò di ammetterla a causa del problema psico. Il personale ospedaliero ci disse che lei era un problema nostro ... ma se non le fossero state somministrate le sue medicine, avrebbero inoltrato un verbale al CPS\*. Infine, quando un giorno si recò a scuola con un coltello e la ‘lista nera delle vittime’ che aveva intenzione di colpire, riuscimmo a farla ricoverare nel reparto psichiatrico per due settimane. Il suo medico le formulò una diagnosi di DRA (Disturbo Reattivo dell’Attaccamento). Disse anche: ‘Non la riportate qui perché non c’è nulla che possiamo fare per lei.’ Fui costretta a fare ricerche in Internet e in biblioteca, ma adesso almeno avevo una diagnosi ... qualcosa che poteva aiutarci a comprendere il comportamento di Shannon. Trovai nel nostro stato una struttura specializzata in DRA ... una flebile luce alla fine del tunnel. Poi, però, mi dissero che il costo ammontava a \$22.000 e che non accettavano il Medicaid. Telefonai all’Ufficio Statale dei Servizi per la Famiglia e i Bambini e li informai che volevo bene a Shannon ma la mia famiglia non poteva continuare in quel modo. Dissi che avevamo bisogno di aiuto subito, in quel momento, e finalmente acconsentirono a darci una mano ... di conseguenza, col tempo il comportamento di Shannon diventò meno violento.

“Anche se sono diventata sarcastica e ho molta rabbia... sono anche molto più informata. Avrei voluto che qualcuno ci avesse detto di più, all’inizio, su quello che avremmo dovuto affrontare. Avremmo avuto bisogno che il sistema fungesse da nostro insegnante e fosse nostro sostenitore, invece non avevano fatto altro che giudicarci. Ringrazio Dio per il gruppo di supporto di genitori di cui faccio parte e per quei genitori adottivi che hanno percorso questa via prima di me. Grazie a loro ho un posto dove andare, quindi ... anch’io aprirò una strada per altri ancora.”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Comunicazione personale di una madre adottiva (novembre 2001).

## **Valutazioni in letteratura riguardanti il bisogno di servizi di salute mentale *adozione-competenti***

La seguente discussione esplora brevemente le tendenze riguardanti il bisogno di servizi adozione-competenti di salute mentale che emergono da una raccolta limitata ma significativa di letteratura riguardante il lavoro nel campo dell'adozione e i servizi post-adozione. Insieme alle valutazioni offerte dalle stesse famiglie adottive, questi dati possono essere adoperati come strumento di base per documentare le tendenze e le esigenze esistenti a livello statale e locale.

### **Dati demografici riguardanti i bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori**

Dal 1995 in tutta la nazione si è visto un aumento drammatico dei casi di bambini adottati attraverso i sistemi pubblici di assistenza ai minori. Ciò ha rapidamente generato un bisogno crescente di servizi di supporto per queste famiglie spesso vulnerabili. Nell'Anno Finanziario Federale (AFF) 2000, un numero stimato di 51.000 bambini ha ottenuto la permanenza\* attraverso l'adozione<sup>4</sup>, e una stima di altri 50.000 bambini adottati risulta per l'Anno Finanziario Federale (AFF) 2001<sup>5</sup>. I bambini adottati nell'AFF 2000 avevano, al momento dell'adozione, in media 6,9 anni di età, erano stati sotto tutela affidataria per una media di 3,3 anni prima del decreto definitivo di adozione e avevano vissuto 2,9 trasferimenti durante il periodo di tutela fuori casa.<sup>6</sup> La maggioranza era stata messa sotto tutela affidataria a causa di trascuratezza o abuso accertati.<sup>7</sup> L'88% dei bambini adottati nell'AFF 2000 ha ricevuto un sussidio di adozione per special needs\* [bisogni particolari] riferiti ad una o più delle seguenti caratteristiche o condizioni: condizioni di salute fisica/psichiatriche o affettive (21%); età (31%); appartenenza ad un gruppo di più fratelli consanguinei (20%); appartenenza ad un gruppo di minoranza (12%).<sup>8</sup> Il 39% dei bambini adottati nell'AFF 2000 era di razza nera/non-ispanica, il 38% bianca/non-ispanica, il 14% ispanica, il 2% asiatica/delle isole del Pacifico/non-ispanica e indiani d'America/non-ispanici; per il 5% non si sapeva la razza e il 2% era di due o più razze/non-ispaniche.<sup>9</sup>

<sup>4</sup> U.S. Department of Health and Human Services. Adoption and Foster Care Analysis and Reporting System (AFCARS). Report #7.

<sup>5</sup> U.S. Department of Health and Human Services. Preliminary AFCARS Report #8.

<sup>6</sup> AFCARS Report #7.

<sup>7</sup> Barbell, K. e Freundlich, M. (2002) *Foster Care Today*. Casey Family Programs.

<sup>8</sup> AFCARS Report #7.

<sup>9</sup> Ibid.

Questi dati attestano la complessità degli special needs e delle situazioni dei bambini che attualmente vengono adottati attraverso il sistema pubblico di assistenza ai minori. Molti di loro sono bambini di colore, di età maggiore (ossia di età superiore ai sei anni). Esperienze di relazioni segnate da interruzioni multiple (ossia da revoche di affidamenti preadottivi), esperienze problematiche di vita nel passato e difficoltà di adattamento nel presente caratterizzano la maggior parte di essi. Sono bambini che hanno bisogno di famiglie che possano comprendere i loro vissuti precedenti e i loro attuali bisogni di adattamento. Hanno anche bisogno di famiglie che possano curarli e educarli amorevolmente, in modo da instaurare rapporti che servono come aiuto a gestire i sentimenti di perdita e di lutto ed a rimarginare le ferite. Sono bambini estremamente vulnerabili, che innanzi tutto necessitano di una famiglia sicura e affettuosa, che permanga nel tempo. Sarà necessario un insieme di servizi e supporti per soddisfare i bisogni continuativi di questi bambini vulnerabili e per aiutare le loro famiglie adottive a sostenere e a mantenere l'impegno richiesto nei loro confronti. Provider di servizi che siano centrati sulla famiglia, culturalmente sensibili e competenti in materia di adozione, sono di essenziale importanza. Questi specialisti devono essere in grado di vedere oltre le diagnosi particolarmente difficili, individuando le abilità dei bambini e i punti di forza delle famiglie.

### **Le esperienze dei bambini sotto tutela affidataria**

Per la maggior parte degli ultimi 40 anni si è visto un aumento significativo del numero di bambini che entrano e rimangono all'interno dei sistemi statali di tutela affidataria. Questo aumento è dovuto in parte all'emergere, negli anni sessanta, delle leggi sull'abuso dei minori e sulla segnalazione dei casi ed in parte all'impatto negativo di una povertà persistente, del razzismo diffuso e di un ambiente sociopolitico in corso di mutamento. Molti di questi bambini, inoltre, sono stati smistati da altri sistemi, specificamente dal sistema di salute mentale e dal sistema giudiziario minorile. Sempre più frequentemente si utilizza il sistema di assistenza ai minori, per assistere bambini e giovani, che in precedenza sarebbero stati inseriti in strutture di salute mentale o strutture di correzione per minori.<sup>10</sup>

Quindi, ad eccezione di un breve periodo a metà degli anni ottanta, il numero di bambini sotto tutela affidataria è aumentato in modo costante: dai 272.000 nel 1962 ai 319.800 nel 1972, ai 502.000 nel 1977<sup>11</sup> e ai circa 556.000 nell'AFF 2000.<sup>12</sup> Questa crescita può anche essere in parte attribuita al fatto che molti bambini che entrano nei sistemi di tutela affidataria, ci rimangono per periodi di tempo significativi. Per tutti gli anni ottanta, a seguito della ratifica dell'Adoption Assistance and Child Welfare

<sup>10</sup> Barbell, K. e Freundlich, M. (2002) *Foster Care Today*. Casey Family Programs.

<sup>11</sup> Ibid.

Act [la legge federale per l'assistenza all'adozione e l'assistenza ai minori] nel 1980, la durata del tempo passato in affidamento diminuì per questi bambini; ma a partire dai primi anni novanta, la durata media del tempo passato in affidamento riprese ad aumentare<sup>13</sup> a causa della comparsa di droghe poco costose e con alta potenzialità di assuefazione, ed ancora per gli effetti della povertà e della discriminazione persistenti.

*“Questo è un lavoro complicato che richiede interventi ponderati ed intensamente pianificati in ogni dettaglio.”*

–Debbie Riley  
Direttrice Esecutiva  
Center for  
Adoption Support  
and Education

Studi recenti hanno contribuito ad ampliare la nostra conoscenza delle dimensioni dei problemi affettivi, comportamentali e dello sviluppo di cui soffrono i bambini posti sotto tutela affidataria.<sup>14</sup> Ad esempio:

- In uno studio condotto nel 1990, Dubowitz ha trovato che l'incidenza di problemi affettivi, comportamentali e dello sviluppo (che comprendono depressione, disturbi della condotta, difficoltà a scuola e problemi legati alla sfera sociale) era da tre a sei volte superiore tra bambini sotto tutela affidataria, rispetto all'incidenza di questi problemi tra bambini che non si trovavano sotto tutela fuori casa.<sup>15</sup>
- Uno studio del 1994, condotto dal Dipartimento di Servizi Sanitari e Umani, ha concluso che il 27% dei bambini sotto tutela affidataria soffriva di disturbi affettivi; il 18% aveva disturbi dell'apprendimento; l'11% aveva disabilità relative allo sviluppo\*; l'8% aveva deficit dell'udito, del linguaggio o della vista e il 4% aveva disabilità di altro genere.<sup>16</sup>
- Più recentemente, l'American Academy of Pediatrics [l'Accademia Americana di Pediatria] ha stimato che il 30% dei bambini sotto tutela affidataria presenti gravi problemi affettivi, comportamentali o dello sviluppo.<sup>17</sup>

Inoltre, non solo il numero di bambini che soffrono di problemi dovuti all'esposizione prenatale alla droga, problemi di salute mentale, disturbi dello sviluppo e problemi di salute fisica, è aumentato nel tempo, ma i problemi stessi sono di entità più grave. Si stima che il 60% - 80% dei bambini sotto tutela affidataria oggi provenga da famiglie colpite in qualche modo dall'uso di droghe o di alcool.<sup>18</sup> Nel

<sup>12</sup> AFCARS Report #7.

<sup>13</sup> Tartara, T. (1993). *Characteristics of children in substitute and adoptive care: A statistical summary of the VICCS National Child Welfare Data Base*. Washington, DC: American Public Welfare Association.

<sup>14</sup> Barbell, K. e Freundlich, M. (2002). *Foster Care Today*. Casey Family Programs.

<sup>15</sup> Dubowitz, H. (1990). *The physical and mental health and educational status of children placed with relatives*. Baltimore MD: Department of Pediatrics, School of Medicine, University of Maryland.

<sup>16</sup> Barbell, K. e Freundlich, M. (2002). *Foster Care Today*. Casey Family Programs.

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> U.S. General Accounting Office. (1998). *Foster care agencies face challenges securing stable homes for children of substance abusers*. Report to the Chairman, Committee on Finance, U.S. Senate. Washington DC: Government Printing Office.

1990, davanti alla Commissione per il Bilancio della Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti, esperti nel campo dell'assistenza ai minori hanno dichiarato che “i bambini che entrano oggi nel sistema sono significativamente diversi dai bambini che incontravamo cinque anni fa ... ad un'estremità della gamma troviamo un numero crescente di bambini piccolissimi (da 0 a 3 anni) con handicap gravi, e dall'altra, una prevalenza di adolescenti con disturbi affettivi disabilitanti.”<sup>19</sup> Questi bambini, a causa dei traumi vissuti prima di entrare nel sistema di assistenza ai minori, e in molti casi anche dopo, rischiano fortemente di sviluppare forme di disadattamento, compresi problemi socioemotivi, comportamentali e psichiatrici che richiedono trattamenti terapeutici comportamentali ed emozionali continuativi.<sup>20</sup>

Con l'emergere di tendenze volte alla de-istituzionalizzazione dei bambini collocati in grandi strutture psichiatriche, i sistemi di assistenza ai minori di tutta la nazione sono sotto pressione per trovare risorse familiari capaci di soddisfare le esigenze complesse dei bambini, mentre di pari passo anche i bisogni dei bambini nel sistema di tutela affidataria sono diventati più difficili. Allo stesso tempo, in buona parte degli Stati Uniti, è diventato più difficile trovare e sostenere risorse genitoriali competenti, sia affidatarie sia adottive. Negli anni settanta e ottanta, ad aver cura della maggior parte dei bambini in affidamento erano famiglie affidatarie senza legami di parentela con i bambini. Però, secondo le stime, entro il 1999, 142.000 famiglie affidatarie autorizzate si occupavano di meno della metà (47%) dei bambini assistiti.<sup>21</sup> Sebbene il numero di bambini sotto tutela affidataria fosse aumentato del 68% % tra il 1984 e il 1995, il numero di genitori affidatari era diminuito del 4%.<sup>22</sup>

### **Mutamenti nelle tendenze relative alle adozioni**

Le adozioni di bambini in affidamento sono aumentate in modo vertiginoso: da 28.000 adozioni nell'Anno Finanziario Federale (AFF) 1996, a 31.000 nel 1997, 36.000 nel 1998, 46.000 nel 1999, 51.000 nell'AFF 2000 e 50.000 (stimate) nell'AFF 2001.<sup>23</sup> L'Adoption 2002 Initiative [l'Iniziativa per le Adozioni entro il 2002] del 1996, seguita dall'Adoption and Safe Families Act [la Legge federale per l'Adozione e Famiglie Sicure] del 1997, ha stimolato gli stati a trovare famiglie adottive per quei bambini che non possono rimanere, o tornare, presso i loro genitori biologici. Per facilitare ed accelerare queste adozioni, il governo federale offre incentivi finanziari agli stati per ogni bambino

<sup>19</sup> American Public Welfare Association. (1990). *A Commitment to Change*. Report of the National Commission on Child Welfare and Family Preservation. Washington, DC.

<sup>20</sup> Trupin, E.W., Forsyth-Stephens, A. e Bensen, P.L. (1991). “Service Needs of Severely Emotionally Disturbed Children”, *American Journal of Public Health*.

<sup>21</sup> AFCARS Report #7.

<sup>22</sup> Barbell, K. e Freundlich, M. (2002). *Foster Care Today*. Casey Family Programs. (Child Welfare League of America, 1997; U.S. House of Representatives, 2000).

<sup>23</sup> AFCARS Report #7 e 8.

adottato oltre la soglia di base.<sup>24</sup> Con l'aumento del numero di bambini che trovano famiglie permanenti attraverso l'adozione, gli stati si sono qualificati per ricevere maggiori fondi per promuovere e migliorare i servizi e i sostegni relativi alle adozioni. Questi fondi possono essere utilizzati sia per offrire sostegni per l'affidamento preadottivo, sia per sostenere le famiglie adottive dopo il decreto definitivo di adozione. Tuttavia, nell'AFF 2000, l'Adoption and Foster Care Analysis Reporting System (AFCARS) [il Sistema di Analisi e di Monitoraggio delle Adozioni e degli Affidamenti] ha riferito che 131.000 bambini erano in attesa di un collocamento presso una famiglia adottiva,<sup>25</sup> e le stime indicavano 126.000 bambini in attesa di essere adottati alla fine dell'AFF 2001.<sup>26</sup>

### **Chi adotta bambini dal sistema di tutela affidataria?**

Secondo il profilo delle persone che adottavano bambini dal sistema di tutela affidataria nell'AFF 2000, i bambini vengono adottati sempre più da famiglie da loro conosciute: il 61 % viene adottato dai genitori già affidatari, il 21% da parenti e il 18% da risorse familiari non parentali attraverso un reclutamento mirato.<sup>27</sup>

E' vero che il campo emergente dei servizi post-adozione richiede informazioni empiriche più approfondite riguardanti le caratteristiche delle famiglie adottive, ma è anche vero che Barth, Gibbs e Siebenaler già da ora forniscono informazioni preziose sull'aggregato di famiglie che sono, o potrebbero diventare, gli utenti dei servizi post-adozione. Negli stati oggetti di studio, oltre il 70% delle famiglie che adottano bambini di età inferiore ai 6 anni sono costituite da coppie sposate, in cui entrambi i genitori lavorano fuori casa. Sempre in questo studio, il 35 - 40 % delle famiglie che adottano bambini più grandi sono costituite da genitori single che lavorano fuori casa e il 30 - 40 % di tutte le famiglie che adottano bambini, hanno altri bambini affidatari o figli di nascita che vivono in casa. Inoltre, una parte consistente delle famiglie adottive ha redditi relativamente bassi. Dato che la dimensione media delle famiglie adottive in questi campioni è quasi il doppio della media statale degli stati presi in esame in questo studio, l'assistenza finanziaria per le adozioni sembra essere una fonte importante di sostegno per le famiglie che crescono figli adottati.<sup>28</sup>

Queste conclusioni fanno pensare che ci sia stato un cambiamento sostanziale nelle condizioni economiche delle famiglie adottive nel corso dell'ultimo decennio. Studi precedenti tendevano a

<sup>24</sup> *A Carrot among Sticks: The Adoption Incentive Bonus.* (2001). Cornerstone Consulting Group. Houston, Texas.

<sup>25</sup> AFCARS Report #7.

<sup>26</sup> Preliminary AFCARS Report #8.

<sup>27</sup> AFCARS Report #7.

collocare le famiglie adottive maggiormente tra le classi medio-alte e tra quelle più benestanti rispetto alla popolazione in generale. Questo potrebbe essere in parte dovuto al cambiamento iniziato negli ultimi anni settanta, nel modo di considerare l'adozione, che prima era vista come un servizio per famiglie di borghesi bianchi composte da due genitori, e successivamente come un servizio la cui finalità era quella di trovare famiglie permanenti ad una popolazione maggiormente problematica composta da bambini sotto tutela affidataria, di età maggiore e caratterizzata da un numero sproporzionato di bambini appartenenti a minoranze. I cambiamenti, riguardanti le figure che diventano famiglie/risorse affidatarie e adottive, potrebbero anche essere attribuibili ai mutamenti nelle politiche e nelle pratiche, attuate in tutto il paese, per favorire adozioni da parte di genitori affidatari (parenti e non). Quindi, le variazioni demografiche nelle condizioni di chi adotta bambini dai sistemi pubblici di assistenza ai minori, sembrano suggerire che sarà necessaria una configurazione di servizi per sostenere le adozioni di bambini di età maggiore (ossia di età superiore ai sei anni) con speciali bisogni di supporto.

### **I bisogni dei bambini adottati e delle loro famiglie nell'ambito dei servizi post-adozione**

Se da un lato gli stati hanno aumentato il numero di adozioni attraverso mandati legislativi e incentivi fiscali, dall'altro lato queste iniziative, miranti ad una permanenza più tempestiva per i bambini sotto tutela affidataria, non sono state accompagnate da altrettanti mandati o incentivi agli stati per sostenere le famiglie a seguito del decreto definitivo di adozione. Storicamente, le informazioni, i servizi e i sostegni forniti in modo strutturale e continuativo per i bambini adottati e le famiglie, cioè gli utenti dei sistemi degli enti pubblici, si interrompevano al momento del decreto di adozione. Iniziative volte a fornire servizi post-adozione per le famiglie non sempre venivano considerate necessarie e neppure di competenza dell'ente pubblico di assistenza ai minori.

*“Ci serve avere la possibilità dell'affidamento volontario... l'idea di cedere la custodia di mio figlio per far sì che vengano soddisfatti i suoi bisogni è fondamentalmente sbagliata... la rinuncia alla custodia mi ha praticamente spezzato il cuore.”*

—Un genitore adottivo

Comunque, nel corso dell'ultimo decennio, un numero crescente di enti pubblici e privati che si occupano di adozioni e di assistenza ai minori, ha iniziato a considerare i servizi post-adozione come una componente fondamentale di un continuum di assistenza perché questo percorso che dura tutta la vita possa riuscire. Secondo Kenneth Watson, uno specialista che opera nel campo dell'adozione:

<sup>28</sup> Barth, R., Gibbs, D. e Siebenaler, K. (aprile 2001). *Assessing the Field of Post-Adoption Service: Family Needs, Program Models, and Evaluation Issues*. Research Triangle Institute and University of North Carolina School of Social Work.

*“Gli enti hanno imparato che l'adozione non è solo un atto legale che trasferisce la patria potestà, ma un avvenimento che cambia profondamente tutti i partecipanti per il resto della loro vita. Sono giunti a capire questa verità a forza del dolore sperimentato per averla negata. Non importa quanto presto sia avvenuta l'adozione, né quanto sia riuscita, il nocciolo della questione è che l'adozione significa che il bambino vive sempre una perdita dolorosa, la perdita della famiglia di nascita. Quando le famiglie si sgretolano e i loro figli si trasferiscono presso famiglie affidatarie, i bambini non lasciano indietro il loro trauma. Una perdita come questa può infliggere un grave colpo all'autostima della persona adottata: sono stati ‘abbandonati’ o ‘dati via’. I bambini e le famiglie hanno bisogno di un aiuto da parte di specialisti qualificati per affrontare le conseguenze a lungo termine di questi sentimenti e queste esperienze.”<sup>29</sup>*

I dati raccolti da varie fonti evidenziano in modo preoccupante le difficoltà presentate da molti bambini adottati, difficoltà che rientrano nell'ambito dei problemi dello sviluppo. In generale, si è riscontrato che era più probabile che ai bambini adottati venisse diagnosticato un Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività]<sup>30</sup> e che essi manifestassero comportamenti di *acting out*\* (comprensivi di atteggiamento oppositivo provocatorio, fughe da casa, *acting out* sessuale e comportamenti aggressivi e antisociali) con frequenze drammaticamente più alte in confronto ai bambini non adottati.<sup>31</sup> Ciononostante, in uno studio, Barbara Ingersoll ha trovato che nei cinque anni dopo l'adozione solo il 50% delle famiglie adottive aventi diritto usufruiva dei servizi post-adozione di salute mentale.<sup>32</sup>

Inoltre, le ricerche condotte da Ingersoll indicano generalmente una presenza sproporzionata di bambini adottati nelle popolazioni psichiatriche infantili. La sua analisi della letteratura rafforza l'opinione che i bambini adottati siano particolarmente soggetti a difficoltà di adattamento nell'età evolutiva. Sono fattori sia genetici sia ambientali che contribuiscono al manifestarsi di queste difficoltà.<sup>33</sup> Ingersoll commenta: *“Una grande quantità di ricerche suggerisce che avversità ambientali come l'abuso, la trascuratezza, la denutrizione, la carenza di cure mediche, la mancanza di stimoli adeguati e la debolezza o perfino la perdita dei rapporti con chi si occupa di loro, sono associati a problemi che emergono più avanti nella vita.”<sup>34</sup>*

L'adozione di bambini che soffrono per un'esposizione fetale all'alcool, presenta difficoltà particolari alle famiglie adottive. Cadoret e Riggins-Casper hanno evidenziato che i bambini, con

<sup>29</sup> Watson, K. (Winter 1992). *Providing Services After Adoption*. American Public Welfare Association.

<sup>30</sup> Deutsch, C.K. (1990). *Adoption and Attention Deficit Disorder*. New York: Pergamon Press.

<sup>31</sup> Benson, P.L., Sharma, A.R. e Roehlkepartain, E.C. (1994). *Growing Up Adopted: A portrait of adolescents and their families*. Search Institute. Minneapolis Minnesota.

<sup>32</sup> Ingersoll, Barbara, D. (1997). *Psychiatric Disorders Among Adopted Children: A Review and Commentary*. Adoption Quarterly, Vol. I (1). Haworth Press, Inc.

<sup>33</sup> Ibid.

anamnesi di questo tipo, hanno una probabilità molto più alta di manifestare sintomi psichiatrici multipli nel corso di tutta la vita, specialmente se rimangono in famiglie con difficoltà che variano dai conflitti tra genitori e figli, al divorzio.<sup>35</sup>

I bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori si trovano ad affrontare molti di questi problemi. Sono inoltre, più a rischio, ovvero hanno una probabilità più alta di diagnosi di disturbi dell'attenzione e dell'apprendimento, depressione e dipendenza chimica rispetto a bambini cresciuti dalle loro famiglie biologiche.<sup>36</sup> E' importante quindi riconoscere che *non è l'adozione di per sé* a porre la sfida centrale che questi bambini e le loro famiglie si trovano ad affrontare. E' invece probabile che gli effetti di esperienze di trascuratezza nei primi anni di vita, insieme al trauma di multiple frammentazioni relazionali durante il periodo di tutela affidataria (ossia revoche di affidamenti preadottivi), possano portare, a seguito del decreto definitivo di adozione, a comportamenti difficili e a disturbi reattivi dell'adattamento in età evolutiva. L'adozione rimane una valida modalità per formare una famiglia, offrendo, per tutta la vita, legami familiari permanenti ad un bambino che, in caso contrario, potrebbe non aver mai l'opportunità di appartenere ad una famiglia.

### **Cercando servizi di salute mentale e supporti post-adozione competenti in materia di adozione**

E' difficile ottenere servizi di salute mentale qualificati per qualsiasi bambino in questo paese. La Federation of Families for Children's Mental Health [la Federazione di Famiglie per la Salute Mentale dei Bambini], la National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) [l'Alleanza Nazionale per i Malati Mentali] ed altri gruppi di advocacy\* a livello nazionale e locale lottano da decenni per migliorare l'accessibilità, la qualità e la disponibilità dei servizi di salute mentale, per i bambini e per la famiglia, a prescindere dalle condizioni delle famiglie. Ancora più limitata è la disponibilità di clinici specializzati nel fornire servizi di salute mentale che siano culturalmente sensibili ed adozione-competenti.

In uno studio condotto nel Massachusetts nel 1986, Frey ha trovato che l'esigenza più comunemente espressa riguardante i servizi post-adozione è quella di disporre di servizi di salute mentale con *specialisti di salute mentale qualificati e adozione-sensibili*. Alcune famiglie hanno riferito che, nella ricerca di servizi, si sono trovate a contattare fino a 10 operatori sociosanitari\*, prima di trovarne uno

---

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Cadoret, R.J. e Ruggins-Casper, K. (2000). *Fetal Alcohol Exposure and Adult Psychopathology: Evidence From an Adoptive Study*. Washington DC: Child Welfare League of America.

<sup>36</sup> Dalby, J.T., Fox, S.L. e Haslam, R.H.A. (1982). Adoption and foster care rates in pediatric disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3.

che capisse la specificità della loro situazione; altre famiglie, addirittura, non erano mai riuscite a trovarne uno.<sup>37</sup>

Lo studio di Nelson, su 177 genitori adottivi, ha trovato che la terapia di counseling veniva indicata dai genitori come il maggior bisogno insoddisfatto dopo il collocamento di un bambino in famiglia.<sup>38</sup> Un progetto dell'Ohio che istituiva reti di riferimento e informazioni per adozioni ha riferito che circa il 75 % delle telefonate iniziali, consistevano in richieste di nominativi di terapeuti che “capissero qualche cosa di famiglie adottive.”<sup>39</sup> Un altro studio basato su un campione limitato di persone ha interpellato 20 famiglie adottive sulle loro esperienze con specialisti nel campo della salute mentale. Alcune di queste famiglie hanno riferito che gli specialisti di salute mentale non avevano familiarità con questioni che riguardassero l'adozione di bambini più grandi e l'adozione di gruppi di fratelli consanguinei. I genitori hanno riferito di aver avvertito, a volte, una certa curiosità nei loro confronti, quasi fossero “fenomeni da baraccone”. Lo studio ha messo in evidenza che per quanto concerne le problematiche più elementari dell'adozione: la fiducia, la perdita, il rifiuto e l'ambivalenza e la conflittualità dei sentimenti di lealtà, fin troppo spesso sono le famiglie stesse che devono suggerire ed impartire insegnamenti ai terapeuti.<sup>40</sup>

*“Andiamo avanti pressoché da soli da quando abbiamo adottato questi bambini.”*

—Un genitore adottivo

### **Servizi post-adozione come possibilità di contribuire alla prevenzione di interruzioni del rapporto adottivo**

Utilizzando diversi metodi e campioni, studi precedenti giungono a conclusioni simili: il 10 - 16 % delle adozioni del tipo "special needs"\* è destinato ad interrompersi prima del decreto definitivo di adozione.<sup>41</sup> Questi studi definiscono alcuni fattori di rischio, legati all'interruzione dei collocamenti preadottivi e dei rapporti con la famiglia adottiva, evidenziando come questi elementi dovrebbero essere affrontati durante il percorso di preparazione all'adozione e quello di supporto nel periodo dell'affidamento preadottivo. Questi fattori di rischio possono portare sia all'interruzione del collocamento in famiglia prima del decreto definitivo di adozione, sia a collocamenti temporanei fuori

<sup>37</sup> Frey, L. (1986). *Preserving Permanence: A survey of post-adoption services in Massachusetts*. Massachusetts Department of Social Services.

<sup>38</sup> Nelson, K. (1985). *On Adoption's Frontier: A study of special needs adoptive families*. New York. Child Welfare League of America.

<sup>39</sup> Frans, K. (1993). Final Report: Warren Ohio: Northeast Ohio Post Adoption Family Support Project.

<sup>40</sup> Howard, J. e Livingston-Smith, S. (1997). *Strengthening Adoptive Families*. A synthesis of post legal adoption opportunity grants.

dalla famiglia adottiva dopo il decreto definitivo. Oppure, in alcuni casi, possono portare anche alla revoca legale dell'adozione.

Tra i fattori di rischio di interruzione dei rapporti con la famiglia adottiva individuati da Barth, Smith ed altri, vengono inclusi:

- *Bambini con special needs.* Se i bambini dati in affidamento preadottivo hanno difficoltà affettive, comportamentali, sociali, di salute, o psichiatriche, il rischio di avere problemi ad instaurare ed a sostenere le relazioni familiari è maggiore.
- *Bambini di età maggiore.* Numerosi studi hanno stabilito che maggiore è l'età del bambino al momento del collocamento, maggiore è la probabilità del rischio di interruzione del collocamento.<sup>42</sup> Se i bambini hanno un'età maggiore al momento dell'adozione, è più probabile che avessero un'età maggiore al momento della separazione dalle loro famiglie biologiche e che avessero vissuto gli effetti deleteri di abusi e di trascuratezza. Inoltre, i bambini di età maggiore possono avere legami più stretti con le loro famiglie biologiche e aver appreso modelli comportamentali che rendono più difficoltosa l'integrazione in una nuova casa.<sup>43</sup>
- *Un bambino collocato in una famiglia con figli biologici.* Quando solo uno dei figli in una famiglia è figlio adottivo, si creano all'interno del sistema familiare fattori di stress che possono essere difficili da affrontare.<sup>44</sup>
- *Incompletezza delle informazioni date alla famiglia riguardanti la storia e i problemi del bambino.* Più le famiglie sapranno e più capiranno della storia e dei bisogni del bambino prima dell'adozione, più informate saranno le loro decisioni e più si sentiranno preparate ad affrontare le difficoltà che le attendono.<sup>45</sup>
- *Madri con livelli più alti di istruzione.* Gli studi che fanno accenno a questo fenomeno ipotizzano che ciò potrebbe essere in parte dovuto alle maggiori aspettative che i genitori più istruiti possono avere nei confronti dei figli, con l'aggravante di una mancanza di risorse efficaci della comunità disponibili per queste madri.<sup>46</sup>
- *La famiglia non riesce ad ottenere il sostegno necessario.* Il sostegno necessario per soddisfare con successo i bisogni dei bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori è spesso di rilevante

---

<sup>41</sup> Barth, Richard, Gibbs, Deborah e Siebenaler, K. (aprile 2000). *Assessing the Field of Post-Adoption Service: Family Needs, Program Models and Evaluation Issues*. Research Triangle Institute and University of North Carolina School of Social Work.

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> Smith, S.L., Howard, J.A. (1994). *The adoption preservation project*. Normal, IL: Illinois State University.

<sup>44</sup> Barth, Richard. (agosto 2001). *Designing Post Adoptive Services and Supports (PASS)*. Presentazione alla Conferenza Annuale del NACAC [North American Council on Adoptable Children].

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Barth, Richard, Gibbs, Deborah e Siebenaler, K. (aprile, 2001).

importanza. La mancata erogazione di questo sostegno mette a rischio la permanenza dell'adozione.<sup>47</sup>

Barth identifica, inoltre, alcuni fattori legati alla preparazione all'adozione e ai servizi di sostegno che possono contribuire a ridurre il rischio di interruzioni o revoche, tra cui:

- Informazioni esaurienti e realistiche sul bambino;
- Supporti educazionali e informativi nel corso dell'intero iter adottivo;
- Servizi tempestivi, flessibili e di lunga durata (inclusi i servizi di salute mentale), mirati alla preservazione delle adozioni.<sup>48</sup>

Tuttavia, anche nei casi in cui si è prestata una particolare attenzione alla scelta e alla preparazione di famiglie in grado di soddisfare gli special needs dei bambini, per molte di queste stesse famiglie rimane spesso un'impresa difficile trovare servizi post-adozione di salute mentale che siano adozione-competenti, nei momenti del bisogno e durante tutte le fasi dello sviluppo del bambino e dell'adattamento della famiglia al processo adottivo, che dura tutta la vita.

### **La rinuncia alla custodia per accedere ai servizi di salute mentale**

Specialisti nel campo dell'adozione e famiglie adottive riferiscono entrambi che per accedere a cure necessarie, in termini sia di cure psichiatriche con degenza ospedaliera sia di cure di salute mentale in strutture residenziali, molti stati ancora richiedono ai genitori adottivi di cedere la custodia dei figli al sistema pubblico di assistenza ai minori o al sistema giudiziario minorile.<sup>49</sup> E' difficile immaginare una decisione più straziante per qualsiasi genitore (sia di nascita sia adottivo), di quella di *dover* cedere la custodia del proprio figlio allo stato, per accedere ai trattamenti attivati dai servizi di salute mentale dei quali si ha un disperato bisogno. In un sondaggio svolto dal Commonwealth Institute for Child and Family Studies su 45 stati, si è rilevato che nel 62% di questi (28 stati), almeno un ente esigeva il trasferimento della custodia per consentire l'accesso ai finanziamenti statali dei servizi per bambini con gravi problemi affettivi e comportamentali.<sup>50</sup> Secondo questo rapporto, i genitori si trovano di fronte a questo dilemma perché i limiti esistenti nei piani di assicurazione sanitaria privata e i diritti che non si possono far valere nei programmi della pubblica sanità, privano molti bambini dell'accesso a cure

<sup>47</sup> Barth, R. e Brooks, D. (1997). "A Longitudinal Study of Family Structure and Size and Adoption Outcomes." *Adoption Quarterly* 1, 29-56.

<sup>48</sup> Barth, Richard. (agosto 2001). *Designing Post Adoptive Services and Supports (PASS)*.

<sup>49</sup> Vedi GAO Report, (aprile 2003). *Federal Agencies Could Play a Stronger Role in Helping States Reduce the Number of Children Placed Solely to Obtain Mental Health Services*.

<sup>50</sup> Bazelon Center for Mental Health Law. (marzo 2000). *Relinquishing Custody. The Tragic Result of Failure to Meet Children's Mental Health Needs*.

mediche nel campo della salute mentale di cui hanno bisogno, indipendentemente dalla situazione finanziaria delle singole famiglie. Tuttavia, una volta inserito nel sistema giudiziario minorile o nel sistema di assistenza ai minori, il bambino acquisisce i requisiti necessari per usufruire dei servizi di salute mentale finanziati con fondi pubblici.

Nel corso della ricerca disperata di trovare un aiuto per i loro figli, i genitori adottivi, ed anche genitori non-adottivi, vengono trattati spesso come se fossero genitori che abusano dei loro figli o colpevoli di trascuratezza nei loro confronti e quindi privati legalmente del diritto di allevarli.<sup>51</sup> Con un passato segnato dall'abbandono e da multiple esperienze di relazioni spezzate, il “ritorno alla custodia statale” è altamente controindicato, particolarmente nel caso di bambini adottati. E' improbabile che l'accesso a cure mediche per la salute fisica sarebbe soggetto a condizioni così draconiane. Il marchio della disabilità psichiatrica e l'inadeguatezza della copertura per la salute mentale da parte delle assicurazioni pubbliche e private, hanno reso la rinuncia alla custodia fin troppo frequente tra i genitori di figli che hanno bisogni relativi alla sfera comportamentale.

### **L'impatto della managed care [la gestione integrata dell'assistenza sanitaria] all'interno dei sistemi di assistenza ai minori**

Sono ormai 15 anni che i sistemi statali del Medicaid iscrivono utenti nei programmi di managed care. Da cinque-sette anni, molti bambini serviti nei sistemi di assistenza ai minori, con l'assistenza sanitaria sostenuta attraverso il Medicaid, sono stati inseriti in queste riforme di managed care. Tenendo conto che le riforme di assistenza integrata variano sostanzialmente in tutti gli stati, il sondaggio svolto nel 2000 nei vari stati nell'ambito dell'Health Care Reform Tracking Project [il Progetto per il Monitoraggio della Riforma Sanitaria] ha rilevato che i servizi con *più probabilità* di copertura dalle riforme di assistenza integrata sono:<sup>52</sup>

- Valutazione e diagnosi
- Psicoterapia ambulatoriale
- Servizi per crisi
- Gestione integrata delle cure sanitarie
- Trattamento in regime diurno\* e ospedalizzazione parziale\*
- Degenza ospedaliera

---

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Stroul, B., Pires, S. e Armstrong, M. (agosto 2001). Health Care Reform Tracking Project: *Tracking States Managed Care Reforms as They Affect Children and Adolescents with Behavioral Health Disorders and Their Families*. University of Southern Florida.

Le limitazioni riguardanti la durata di questi servizi variano a seconda del contratto e del singolo stato, ma a prescindere dal bisogno con il quale si presenta il bambino, nessuno di questi contratti di managed care concede l'accesso illimitato a questi servizi. Secondo il sondaggio, i servizi con *meno probabilità* di copertura dalle riforme di assistenza integrata sono:

- Servizi di respite\*
- Servizi terapeutici di gruppo o servizi di affidamento
- Trattamento residenziale

*“Il senso di isolamento è incredibile... non sapevo proprio che tanti altri stessero vivendo la mia stessa situazione.”*

–Un genitore adottivo

Proprio perché tutti i servizi che rientrano nella categoria di quelli con meno probabilità di essere coperti dal sistema di gestione integrata dell'assistenza sanitaria possono essere di vitale importanza, quindi componenti indispensabili per i bambini adottati dai sistemi pubblici di assistenza ai minori, le famiglie sono spesso costrette ad accedere a questi servizi al di fuori dei sistemi di gestione integrata dell'assistenza, o privatamente, pagando costi estremamente alti, o, come ultimo espediente, permettendo all'ente pubblico di assistenza ai minori di prendersi la custodia del proprio figlio.

Il progetto citato sopra, l'Health Care Reform Tracking Project, individua anche una tendenza preoccupante riguardante gli elenchi di fornitori di servizi convenzionati nelle reti di managed care. Stando a quello che è stato riferito, poco più della metà dei progetti di riforma include fornitori di assistenza ai minori (ovvero, provider di servizi sanitari che si occupano di problematiche comportamentali e che hanno una lunga tradizione di lavoro con la popolazione di bambini inseriti nel sistema di assistenza ai minori).<sup>53</sup> Questo dato ha implicazioni enormi per quanto concerne la qualità dell'assistenza nel momento in cui proprio quei fornitori che hanno esperienza e competenza in affidamenti e adozioni non vengono inclusi nelle reti di provider di managed care. Le famiglie adottive sono poi costrette a cercare un aiuto da specialisti che non comprendono la complessità della famiglia formata attraverso l'adozione. Ai provider di managed care occorrerà quindi una formazione aggiuntiva e significativamente più approfondita sulla prestazione di servizi culturalmente sensibili e adozione-competenti di salute mentale perché queste attività formative non sono sempre incluse negli accordi finanziari stipulati dagli stati con gli enti di managed care.

Una serie di altre preoccupazioni emerge dal progetto di monitoraggio delle riforme sanitarie, l'Health Care Reform Tracking Project:

---

<sup>53</sup> Ibid.

*“Non ci si può semplicemente aspettare che un bambino si attacchi ad una nuova famiglia se non ha ancora affrontato e elaborato il lutto e la perdita che provengono dal non far parte della propria famiglia di nascita.”*

–Debbie Riley  
Direttrice Esecutiva  
Center for Adoption  
Support and  
Education

- In poco più della metà delle riforme, il sistema di assistenza ai minori non viene coinvolto in modo significativo nella pianificazione, nell'esecuzione e nel perfezionamento dei sistemi di managed care che si occupano di disagio comportamentale. Ciò significa che i bisogni dei bambini inseriti nei sistemi di assistenza ai minori, e in particolare i bambini con special needs, come per esempio il bisogno di servizi post-adozione, potrebbero non trovare risposte adeguate.

- I servizi fondamentali di cui usufruiscono i bambini inseriti nei sistemi di assistenza ai minori e nei servizi post-adozione non hanno copertura in quasi la metà dei sistemi di managed care.

- Anche se la maggior parte delle riforme di managed care attuate monitora l'utilizzo dei servizi da parte dei bambini inseriti nel sistema di assistenza ai minori (come per esempio i bambini che ricevono sussidi adottivi), solo il 35 per cento di quelle che monitorano l'utilizzo in realtà usano queste informazioni per la progressiva pianificazione del sistema.

- La metà dei sistemi di managed care non paga per servizi resi ai membri della famiglia del bambino individuato, a meno che la famiglia stessa non abbia copertura con lo stesso piano assicurativo.<sup>54</sup>

Considerando aspetti più positivi, il Progetto per il Monitoraggio della Riforma Sanitaria ha rilevato che:

- Quasi due terzi delle riforme hanno incluso strategie per chiarire le responsabilità riguardanti la fornitura di servizi e i pagamenti, attraverso tutti i sistemi di servizi per bambini.
- Nella maggior parte delle riforme, si inizia ad inserire clausole speciali riguardanti i bambini presi in carico dal sistema di assistenza ai minori.
- La maggior parte delle riforme include criteri di “necessità medica”, i quali consentono la considerazione di fattori psicosociali ed ambientali nelle fasi cliniche decisionali pertinenti all'autorizzazione e all'accesso ai servizi.<sup>55</sup>

Questi dati suggeriscono che le famiglie con bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori e che utilizzano il Medicaid come fonte primaria della copertura sanitaria, possono incontrare delle difficoltà nell'accedere ai servizi che servono per loro in generale e particolarmente nell'accedere a supporti e interventi adozione-competenti.

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> Ibid.

## La disponibilità di servizi post-adozione e implicazioni per la pratica e per le politiche del futuro

La seguente tabella è stata elaborata dall'Associazione degli Amministratori della Convenzione Interstatale sull'Adozione e sull'Assistenza Medica dell'Associazione Americana dei Servizi Umani Statali e Locali<sup>56</sup>. Ci permette di discernere un quadro della reale situazione dei vari servizi post-adozione disponibili attraverso gli enti pubblici di assistenza ai minori attivi a livello statale e locale nel periodo da marzo ad ottobre nel 1999.<sup>57</sup>

Servizio	Numero di stati che forniscono il servizio	Servizi disponibili in tutto lo stato	Servizi forniti da enti pubblici	Servizi forniti da enti privati
Adoption Search [Programmi di ricerca della/sulla famiglia di nascita]*	31	29	25	6
Strutture/Servizi per l'infanzia (asili, scuole materne, ecc.)	20	18	14	6
Interventi per crisi*	31	21	16	15
Trattamento in regime diurno	11	9	7	4
Sostegno scolastico*	19	15	5	19
Terapia familiare	32	27	20	12
Terapia individuale*	36	28	27	9
Servizi a domicilio*	19	16	10	9
Servizi per cure sanitarie*	29	26	24	5
Formazione genitoriale*	20	14	11	9
Gestione dei casi post-adozione*	28	19	14	14
Trattamento residenziale*	29	25	16	13
Respite Care*	28	22	16	12

<sup>56</sup> N.d.T.: Si riferisce alla Association of Administrators of the Interstate Compact on Adoption and Medical Assistance dell'American Public Human Services Association

<sup>57</sup> Oppenheim, E., Gruber, S., Evans, D. (ottobre 2000). Report on Post-Adoption Services in the States. Association of Administrators of the Interstate Compact on Adoption and Medical Assistance, Inc. APHSA

Campeggi e centri estivi*	18	15	12	6
Forniture/Attrezzature*	29	26	24	5
Gruppi di supporto*	26	15	11	15

Un rapporto pubblicato dall'Illinois State University che descrive la varietà di iniziative finanziate con contributi federali stanziati per progetti che si occupano di servizi offerti dopo il decreto definitivo di adozione (Post-legal Federal Adoption Opportunity Grants)<sup>58</sup> mette in evidenza che i molti programmi triennali ed innovativi, finanziati attraverso questi contributi, dimostravano scarsa capacità di sopravvivenza dopo l'esaurirsi dei fondi. Molti programmi non esistevano più, il personale che aveva ideato i programmi non era più alle dipendenze dell'ente, e in alcuni casi il fornitore locale che riceveva i fondi in precedenza, non era più operante. E' evidente che servono maggiori investimenti per trovare i modi per mantenere i servizi post-adozione, e in particolare i servizi e supporti adozione-competenti di salute mentale.

*“I ritardi [in riferimento all'adozione] provocano ulteriori danni e traumi nei bambini...”*

*–Un genitore adottivo*

Le informazioni esaminate qui evidenziano in primo luogo una realtà in cui i servizi post-adozione di salute mentale proprio non esistono in molti stati. In secondo luogo, nei casi in cui esistono, può essere molto difficile accedervi. In terzo luogo, se si riesce ad accedere a questi servizi, sembra che non esistano certezze che gli operatori sociosanitari nel campo della salute mentale abbiano una conoscenza adozione-sensibile dei complessi bisogni delle famiglie adottive, le quali hanno figli con difficoltà che incidono sulla stabilità della loro salute mentale e del loro benessere.

La preservazione della famiglia adottiva deve essere vista come una componente aggiuntiva per la buona riuscita di un sistema di assistenza che si occupa dell'infanzia. Dato che l'esperienza adottiva produce un impatto in ogni fase e ad ogni livello dello sviluppo, problemi comportamentali e affettivi possono emergere in qualsiasi momento. Occorre che il sistema di servizi per l'infanzia e per la famiglia, inclusi la comunità medica, i servizi sociali, la comunità scolastica e quella dei servizi di salute mentale, accolga l'impatto dell'adozione sui bambini e sulle famiglie (di nascita e adottive) e che sia disponibile a fornire counseling, coaching\*, terapia, e supporto professionali. Occorre che le comunità dei legislatori, dei responsabili delle politiche, degli operatori sociosanitari e dei peroratori si adoperino, ponendo

<sup>58</sup> Howard, J. e Livingston-Smith, S. (1997). *Strengthening Adoptive Families: A Synthesis of Post-Legal Adoption Opportunities Grants*. Center for Adoption Studies. Illinois State University.

l'urgenza della questione in primo piano, affinché l'adozione possa portare alla permanenza vera per i bambini adottati dal sistema pubblico di assistenza ai minori.

## **Valutazioni delle famiglie adottive riguardanti il bisogno di servizi di salute mentale *adozione-competenti***

I punti di vista delle famiglie adottive sono di cruciale importanza per poter approfondire la conoscenza a livello nazionale dei loro bisogni e delle loro esperienze, una conoscenza attualmente in crescita. I commenti riportati in questa sezione sono stati raccolti da una gamma diversificata di famiglie con figli adottati che hanno vissuto difficoltà significative connesse alla salute mentale. Le voci delle famiglie adottive sono state tratte dalle fonti seguenti:

- Un focus group convocato dai Casey Family Services con famiglie adottive che hanno partecipato alla Conferenza della Federation of Families for Children's Mental Health [la Federazione di Famiglie per la Salute Mentale dei Bambini] nel dicembre del 2001;
- Un resoconto di un sondaggio commissionato dalla National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) [l'Alleanza Nazionale per i Malati Mentali] per focalizzare l'attenzione sui bisogni inerenti ai servizi di salute mentale delle famiglie con bambini e adolescenti affetti da gravi disturbi mentali in generale;
- Un resoconto di una rassegna di colloqui con famiglie affidatarie/adottive dello stato dell'Illinois condotti dal North American Council for Adoptable Children (NACAC) [il Consiglio del Nord America per Bambini Adottabili];
- Comunicazioni personali di famiglie adottive, raccolte durante colloqui condotti in tutta la nazione tramite una conference call cosponsorizzata dai Casey Family Services e dal NACAC, insieme a colloqui successivi di monitoraggio con questi stessi genitori.

Queste conversazioni testimoniano le lotte sostenute dalle famiglie adottive per soddisfare i bisogni di salute mentale dei loro figli. I genitori adottivi riferiscono ripetutamente di barriere incontrate nelle politiche e nell'ambito di risorse, oltre che di inadeguatezze riguardanti la competenza degli specialisti della salute mentale sempre sulle questioni inerenti all'adozione e alla salute mentale dei loro figli. Dalle storie che i genitori adottivi hanno condiviso sono emersi questi bisogni essenziali:

- Una competenza più approfondita all'interno dei sistemi di assistenza che operano nell'ambito della sanità e delle problematiche comportamentali;
- Una migliore integrazione dei sistemi di assistenza nell'ambito della sanità e della salute mentale;

- Miglioramenti circa l'accessibilità ad informazioni più approfondite da parte dei genitori riguardanti le esperienze dei loro figli nel passato e i loro bisogni attuali, insieme ad indicazioni su come gestire le difficoltà dei loro figli nell'ambito di disturbi dello sviluppo;
- Maggiori opportunità per le famiglie adottive di ottenere un supporto costruito tra di loro e da parte di specialisti adozione-competenti capaci di vedere oltre le diagnosi particolarmente preoccupanti.

### **Il feedback dalle famiglie adottive**

I Casey Family Services hanno organizzato un incontro tra famiglie adottive nel novembre del 2001 alla conferenza annuale della Federation of Families for Children's Mental Health per saperne di più sui loro bisogni, e soprattutto per capire che cos'è che funziona se e quando funziona il sistema. Le ventidue famiglie partecipanti al focus group venivano da ogni parte degli Stati Uniti. Avevano tutte formazioni e preparazioni culturali diverse, con figli adottati dal sistema pubblico di assistenza ai minori e/o dal settore privato. Pamela Marshall facilitava l'incontro in qualità di consulente. Durante la discussione le famiglie adottive hanno condiviso le loro storie di dolore e di lotte, di amore e di impegno, spiegando come hanno imparato a far soddisfare le loro esigenze.

*“La filosofia del sistema di assistenza e la base dei valori, che favoriscono entrambi l'assistenza individualizzata, le partnership con le famiglie, la competenza culturale, la collaborazione inter-ente e servizi radicati nella comunità, offrono l'opportunità di trovare degli alleati e di lavorare sia con i provider sia con i responsabili delle politiche, nella progettazione e attuazione della gamma completa di tutti i tipi di servizi necessari.”*

—Jan McCarthy  
National Technical  
Assistance  
Center for Children's Mental  
Health  
Georgetown University

I seguenti sono alcuni esempi dei commenti condivisi da questo gruppo di famiglie adottive:

*“Il senso di isolamento è incredibile... non sapevo proprio che tanti altri stessero vivendo la mia stessa situazione.”*

*“Sono così stanca di proposte che offrono quello che non serve e di non vedere mai proposte che offrono quello che serve veramente!”*

*“Alcuni enti proprio non si rendono conto che devono lavorare insieme alle famiglie... siamo una parte del problema e una parte della soluzione.”*

*“Il sistema sostiene il bambino e incolpa i genitori: è un incubo””*

*“Abbiamo bisogno di informazioni sulle questioni di salute inerenti alle problematiche comportamentali: il percorso progressivo dalla nascita fino all'età di 18 anni, e gli interventi necessari lungo il percorso. Abbiamo bisogno di specialisti della salute mentale che capiscano come viene vissuto questo percorso progressivo anche dalle famiglie adottive.”*

*“Si fornisce così poco della storia del bambino.”*

*“Ci serve avere la possibilità dell'affidamento volontario... l'idea di cedere la custodia di mio figlio per far sì che vengano soddisfatti i suoi bisogni è fondamentalmente sbagliata... la rinuncia alla custodia mi ha praticamente spezzato il cuore.”*

Le raccomandazioni proposte da questo focus group di famiglie adottive sono incentrate su un sistema di assistenza sanitaria e di salute mentale che dovrebbe, come minimo, includere i seguenti servizi:

- Offrire servizi coordinati. A causa della scarsa collaborazione tra i provider di servizi, le famiglie sono costrette a ripetere continuamente il racconto della loro storia.
- Fornire informazioni adeguate sui bisogni relativi alla salute mentale del figlio nel contesto dell'esperienza adottiva.
- Facilitare le opportunità esistenti di sostegno alle famiglie, tra di loro e da parte degli specialisti, in particolare quando i giorni sembrano troppo lunghi e i problemi troppo grandi.

I genitori adottivi in questo focus group hanno riferito che il sistema scolastico è spesso il luogo in cui i bisogni dei loro figli relativi alla salute mentale emergono con più evidenza. E' anche il luogo dove una conoscenza dell'esperienza adottiva e i link ai servizi adozione-competenti di salute mentale si sconnettono. Una madre adottiva ha commentato che *“le scuole hanno l'opportunità di servire come portale ai servizi di salute mentale... ma spesso si rifiutano”*. Anche i genitori di bambini affetti da gravi disturbi mentali, adottati e non, confermano di aver incontrato difficoltà ad accedere ai servizi di sostegno didattico\* nelle scuole e ai servizi di salute mentale di cui i figli hanno bisogno. Il sondaggio della NAMI indica che, secondo i genitori, i progetti didattici individualizzati non sono rispondenti ai bisogni individuali dei bambini e che spesso le scuole si oppongono all'identificazione dei bambini con gravi disturbi mentali, perdendo, di conseguenza, l'opportunità di fornire adeguati servizi di prevenzione e servizi continuativi.<sup>59</sup>

Il North American Council on Adoption (NACA) [il Consiglio del Nord America sull'Adozione] ha chiesto ad alcune famiglie adottive nell'Illinois di individuare le caratteristiche e le circostanze in cui il supporto adottivo ha successo o ha una possibilità ottimale di successo. Le famiglie hanno fatto le seguenti raccomandazioni come suggerimenti per facilitare programmi di supporto post-adozione di successo:

- *Accesso alle informazioni.* Si forniscano ampie e sollecite informazioni sul background del figlio, formazione e istruzione sui comportamenti da aspettarsi e sugli interventi appropriati. Un "Pacchetto Personale di Risorse" contenente dati relativi al figlio potrebbe includere: il

---

<sup>59</sup> “Families on the Brink: the Impact of Ignoring Children With Serious Mental Illness” - Results of a National Survey. (luglio 1999). National Alliance for the Mentally Ill.

background<sup>60</sup> del figlio; i comportamenti che potrebbero eventualmente emergere; dove ottenere ulteriori informazioni riguardanti questi comportamenti; i nomi di terapeuti nel territorio, esperti nelle problematiche dell'adozione; numeri di telefono di altri genitori e/o di gruppi locali di supporto per genitori che hanno figli con problematiche simili; informazioni sui fratelli consanguinei o sulla famiglia allargata.

*“Per molti genitori, questa conoscenza [comprensione dell'attuale comportamento del figlio alla luce della sua storia pregressa] consente di de-personalizzare la rabbia o la distanza affettiva dei figli, permettendo ai genitori di provare empatia per il figlio nuovamente.”*

–J. Howard e  
S. Livingston Smith

**The Illinois  
Adoption/  
Guardianship  
Program:  
The First Ten Years**

- *Conoscenza dei sistemi.* I genitori vengano istruiti sul sistema di cure e su come perorare per il figlio/la famiglia.
  - *Accesso ai supporti.* I genitori hanno anche suggerito ulteriori tipi di supporto che potrebbero essere d'aiuto per loro, includendo ma non limitandoli a: formazione riguardante il sistema di erogazione dei servizi e le modalità di accesso agli stessi; un punto di raccolta e di diffusione (un clearinghouse) di informazioni relative all'adozione.
  - *Accesso ai servizi.* I genitori possano accedere a più servizi Intensivi di Preservazione dell'Adozione. (Nello stato dell'Illinois vige un mandato legislativo che rende obbligatoria la fornitura di servizi post-adozione in ogni contea amministrativa dello stato. Vedi la sezione sulle Pratiche Promettenti nel capitolo successivo per una descrizione dettagliata).
  - *Reti globali.* I genitori vengano sostenuti da e in tutte le componenti del sistema di servizi, compresi varie alternative per *respite*, reti di sostegno e sussidi finanziari, che rispondono alle esigenze.
  - *Accesso a peroratori.* Ai genitori si offrano dei peroratori quando è necessario. Quando i genitori in cerca di servizi si stancano di perorare la causa dei figli, hanno bisogno di sostegno per continuare la lotta.
- *Sostegno dal sistema di assistenza ai minori.* I genitori vengano sostenuti specificatamente dal sistema di assistenza ai minori.
  - *Atteggiamento di apertura e di disponibilità da parte dei servizi.* I genitori vorrebbero vedere prevalere un atteggiamento di apertura tra i sistemi di servizi: specialisti che comunicano tra di loro sul bambino e sulla famiglia a cui devono provvedere in termini di servizi. Non si nascondono sotto la maschera della tutela della riservatezza delle informazioni.
  - *Continuità di servizio da parte degli specialisti adozione-competenti.* I genitori vorrebbero specialisti capaci di dare un aiuto, di capire le problematiche particolari che le famiglie adottive affrontano, in

<sup>60</sup> Le informazioni sul background dovrebbero includere: l'anamnesi con informazioni sulla salute fisica, sullo sviluppo e sulla nascita; dati riguardanti la sfera sociale, psicologica e traumi; una valutazione comportamentale; e informazioni importanti riguardanti la costellazione familiare del figlio e i legami con la famiglia allargata.

grado di offrire la loro disponibilità nel corso del tempo e di personalizzare gli interventi professionali.<sup>61</sup>

### Specialisti adozione-competenti secondo la definizione delle famiglie adottive

Le famiglie adottive e gli specialisti dell'adozione hanno entrambi iniziato a definire che cosa fanno gli specialisti adozione-competenti della salute mentale che rende il lavoro svolto con le famiglie adottive rispondente ed utile. Questo elenco, in via di formulazione, delle caratteristiche della competenza in materia di adozione, include specialisti della salute mentale, i quali:

- sappiano che l'adozione è uno dei modi per formare una famiglia e che l'adozione è un percorso che dura tutta la vita, caratterizzato non solo da esperienze in gran parte universali, ma anche da sentimenti e sensazioni individuali e unici;
- riconoscano che i rapporti genitoriali e i legami familiari costituiscono l'elemento singolo più terapeutico nella vita di un bambino nel corso del tempo;
- capiscano che nell'esperienza dell'adozione ci sono comuni difficoltà dello sviluppo;
- aiutino le famiglie a promuovere attaccamenti sicuri e rapporti sani indipendentemente dalle difficoltà dello sviluppo;
- vedano l'adozione in un'*ottica familiare* culturalmente competente:

comprendendo il potere della triade dei rapporti familiari;

- “equilibrino il potere” con le famiglie adottive, collaborando con loro da colleghi e da giocatori della stessa squadra, con l'obiettivo comune di aiutare un bambino a rimarginare le ferite;
- evitino di incolpare i genitori adottivi per i comportamenti dei loro figli, e rinquadrino l'obiettivo di tutti in modo che ciascuno sia visto e si veda come “parte della soluzione”;
- aiutino i genitori adottivi a stimare il passato del figlio e a parlare con lui/lei di separazione, di perdita e di ciò che sente nei confronti dei genitori di nascita;
- sostengano i genitori adottivi perché assumano i loro diritti e l'autorità genitoriali, investendoli\* di pieni poteri come figure che prendono le decisioni ed “esperti” quando si tratta del proprio figlio e della propria famiglia;

*“Abbiamo bisogno di informazioni sulle questioni di salute inerenti alle problematiche comportamentali: il percorso progressivo dalla nascita fino all'età di 18 anni, e gli interventi necessari lungo il percorso...”*

*—Un genitore adottivo*

<sup>61</sup> Howard, J. e Livingston-Smith, S. (1995). *Adoption preservation in Illinois: Results of a four-year study*. Springfield, Ill. Department of Children and Family Services.

- riconoscano e rispettino le caratteristiche e le abilità che sono alla base del successo delle famiglie adottive e assistano le famiglie nella pratica e nello sviluppo di queste abilità;
- lavorino per fornire alle famiglie servizi sia a domicilio sia di tipo *outreach\** che le incontrino “dove esse sono”;
- riconoscano che il temporaneo trattamento fuori casa possa essere essenziale (e non un “fallimento” dell'adozione) e lavorino per tenere il figlio e la famiglia in collegamento e per riunirli appena possibile.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> Le caratteristiche dei professionisti adozione-competenti sono state elaborate partendo dalle seguenti ricerche:  
Howard, J. e Livingston-Smith, S. (1997). *Strengthening Adoptive Families: A Synthesis of Post-Legal Adoption Opportunities Grants*. Center for Adoption Studies. Illinois State University.  
Spaulding for Children and the National Consortium for Post-Legal Adoption Services. (1996). *Adoption Support and Preservation Services: A Public Interest*.  
Conversazioni con famiglie adottive e specialisti dell'adozione.

## **Pratiche promettenti utilizzabili dai servizi di salute mentale adozione-competenti: un primo sguardo**

Le storie delle famiglie, con le loro esperienze e raccomandazioni riguardanti le prestazioni erogate da servizi di salute mentale adozione-competenti, hanno guidato questa esplorazione sulle pratiche “promettenti” adoperate da tali servizi in tutto il paese. Attraverso le conversazioni con le famiglie adottive e con vari specialisti nel campo dell’adozione che lavorano con esse, questa ricerca per “pratiche promettenti utilizzabili dai servizi di salute mentale adozione-competenti” ha individuato un mix di politiche pubbliche, strategie di finanziamento e programmi di salute mentale che promuovono pratiche stimolanti e innovative per il lavoro con bambini adottati e con le loro famiglie. Tutte queste strategie messe insieme possono incrementare il campo d'azione e la responsività dei servizi offerti ai bambini adottati e alle loro famiglie. Servono progetti di collaborazione tra gli enti statali di assistenza ai minori e le loro controparti che operano nel campo della salute mentale e nel Medicaid, per impegnarsi nella programmazione e nella realizzazione di una costellazione di servizi di salute mentale, di supporti e di opportunità educazionali, che siano tutti adozione-competenti, sia per le famiglie sia per gli specialisti. La seguente discussione evidenzia una serie di esempi specifici di programmi e di pratiche promettenti di salute mentale e di assistenza ai minori, tutti adozione-competenti, che possono servire come guida nella programmazione statale di strategie mirate a soddisfare nel tempo i bisogni relativi alla salute mentale dei bambini adottivi e delle loro famiglie.

### **Opportunità educazionali, gruppi di supporto e networking a basso costo per le famiglie**

Lo stato delle ricerche in questo ambito ha iniziato ad evidenziare come i gruppi di supporto per genitori e bambini adottivi siano una componente decisiva del successo dei servizi di adozione ed anche uno degli interventi di prevenzione più potenti e utili a disposizione delle famiglie adottive<sup>63</sup>. I vari servizi orientati alla prevenzione, di supporto e educazionali per la famiglia adottiva sono classificabili secondo alcune categorie, tra cui: Informazioni e Riferimenti, Gruppi di Supporto, Chat in Internet e Materiale Educazionale reperibile tramite Internet.

---

<sup>63</sup> Livingston - Smith, Susan and Howard, Jeanne. (1998). *An evaluation of the Adoption Preservation Program*. Illinois State University.

Per i genitori adottivi, i gruppi di supporto servono per normalizzare il comportamento dei figli e/o per offrire paragoni positivi. Questi gruppi offrono ai genitori un luogo protetto per esprimere i loro sentimenti con altre persone che condividono simili preoccupazioni ed esperienze genitoriali. I genitori possono anche beneficiare del sentirsi capiti e sostenuti, e della possibilità di ottenere consigli pratici da altri genitori su come gestire comportamenti difficili. I gruppi di supporto per genitori forniscono l'essenza di un approccio normativo che regola l'erogazione di servizi di salute mentale e

*“Questo è stato uno dei doni più grandi che questo programma ha regalato alla nostra famiglia... diagnosi ed interventi precoci ed efficaci.”*

*—Un genitore adottivo*

possono portare non solo all'individuazione precoce di questioni che potrebbero richiedere interventi più frequenti o più intensivi, ma anche a collegamenti con le risorse presenti nella comunità locale. L'outreach\* sia prima sia dopo l'adozione (cioè dopo il decreto definitivo) facilita un coinvolgimento delle famiglie, il più presto possibile, in questa strategia chiave di servizi preventivi. Queste iniziative possono aiutare a tenere unita la famiglia adottiva.

Sebbene esistono molti tipi diversi di gruppi di supporto per genitori adottivi in tutto il paese, vengono illustrati qui tre esempi di gruppi di supporto attivi negli stati del Minnesota, dell'Illinois e della Pennsylvania.

### **Gruppi di supporto per genitori: Minnesota Adoption Support and Preservation [Il Programma dello stato del Minnesota per il Supporto e la Preservazione dell'Adozione]**

Nelle contee di Wright e di Sherburne (contee che si trovano nelle aree suburbane a nord di Minneapolis nello stato di Minnesota), un gruppo di supporto è stato finanziato con fondi dello Stato del Minnesota e con risorse fornite dal NACAC, denominati Minnesota Adoption Support and Preservation (MN ASAP). Julie Pribyl, un genitore di collegamento per il MN ASAP, riferisce che dopo aver ricevuto i fondi, la prima sfida consisteva nel cercare di trovare le famiglie adottive bisognose di sostegno. Sono stati usati annunci sui giornali e alla radio, e dei counselor community-based (ossia counselor radicati nella comunità locale) e counselor delle scuole, delle chiese, ecc., sono stati informati, per diffondere la notizia sul gruppo di supporto appena formato, e, sempre secondo Pribyl, non ci è voluto molto tempo: *“E' stato entusiasmante per noi vedere quanti genitori frequentano il gruppo. Loro vedono il gruppo veramente come una forma di autocura. A volte ci scambiamo storie strazianti, a volte scambiamo suggerimenti nuovissimi riguardanti risorse e a volte ridiamo così forte da scoppiare in lacrime.”*

Ai genitori adottivi si fornisce materiale informativo su problem solving\* e su interventi comportamentali. Inoltre, tra di loro i genitori si informano su quali interventi siano risultati i più (o i meno) riusciti con i figli adottivi. Si scambiano informazioni sui medici di base e sui terapeuti nel campo della salute mentale con competenza in adozioni, o sulle scuole che comprendono i bisogni scolastici dei bambini adottati. *“E’ il nostro luogo per ricaricarci”, dice Pribyl, “per celebrare anche i minimi successi. Queste famiglie imparano presto ad appoggiarsi l’una all’altra, all’esterno del gruppo, nei momenti difficili. Nei momenti in cui le cose sembrano davvero senza speranza, diventano l’ancora di salvezza l’una per l’altra.”*<sup>64</sup>

### **Supporti per bambini e genitori: i gruppi di supporto degli Illinois Adoption Preservation Services [i Servizi dello stato dell’Illinois per la Preservazione dell’Adozione]**

Alcune comunità dello stato dell’Illinois hanno impegnato diversi anni lottando per sviluppare i loro programmi di gruppi di supporto per le famiglie adottive nell’ambito dei programmi globali per la preservazione dell’adozione. Secondo Susan Smith and Jeanne Howard, le quali hanno condotto gli studi di ricerca sui Programmi per la Preservazione dell’Adozione nello Stato dell’Illinois, le relazioni stese dagli assistenti sociali e il feedback fornito dai genitori adottivi suggeriscono che i gruppi di supporto per i bambini e per i genitori siano potenti strumenti di aiuto alle famiglie nell’elaborazione delle loro problematiche e per restare unite. Gli operatori citano il valore dei gruppi di supporto per aiutare i genitori a vedere il comportamento del figlio in un contesto nuovo (ovvero a trovare un senso nei comportamenti del figlio alla luce della sua storia).<sup>65</sup> Questi gruppi costituiscono inoltre una struttura di sostegno entro la quale i membri della famiglia possono condividere i propri sentimenti di vergogna e di colpa. Questi gruppi infine hanno fornito l’opportunità di imparare da altri genitori e di sviluppare strategie adatte per affrontare i problemi esistenti nell’ambito familiare.

Numerose famiglie riferiscono che il sostegno della famiglia nel corso delle fasi evolutive del figlio è estremamente utile, indicando soprattutto l’utilità della possibilità di parlare con genitori che hanno già superato periodi o crisi particolari dell’età evolutiva dei loro figli. Un genitore ha detto: *“Mi*

*“E’ stato entusiasmante per noi vedere quanti genitori frequentano il gruppo. Loro vedono il gruppo veramente come una forma di autocura. A volte ci scambiamo storie strazianti, a volte scambiamo suggerimenti nuovissimi riguardanti risorse e a volte ridiamo così forte da scoppiare in lacrime.”*

–Julie Pribyl  
Genitore di collegamento  
Minnesota Adoption  
Support  
and Preservation

<sup>64</sup> Comunicazione personale di Julie Pribyl, genitore di collegamento del Minnesota Adoption Support and Preservation Program [Il Programma per il Supporto e la Preservazione dell’Adozione nello Stato del Minnesota] (dicembre 2001).

<sup>65</sup> Howard, J. e Livingston-Smith, S. (1995). *Adoption Preservation in Illinois: Results of a Four-Year Study*. Illinois Division of Children and Family Services. Springfield, Illinois.

sarebbe piaciuto avere questo tipo di sostegno 12 anni fa nel momento iniziale dell'adozione, e magari averlo visto continuare attraverso tutte le tappe dell'età evolutiva." I genitori adottivi hanno richiesto l'organizzazione di gruppi articolati secondo specifiche tappe dello sviluppo come per esempio l'inizio della scuola, l'inizio della pubertà, l'uscita di casa per andare all'università, ecc. Alcune famiglie hanno fatto presente difficoltà ad arrivare ai gruppi di supporto dovute al tempo necessario per il viaggio, dovute ai conflitti con gli orari dei pasti e/o al costo dei mezzi di trasporto. Oggi vari siti nello stato dell'Illinois cercano di minimizzare queste difficoltà, invitando le famiglie a pranzare o a cenare insieme all'inizio delle riunioni del gruppo e sovvenzionando parzialmente il costo dei mezzi di trasporto.

Secondo Smith e Howard, anche i gruppi di supporto per i figli adottivi hanno dato buoni risultati. Gli operatori riferiscono che per molti ragazzi, il gruppo è il primo vero contatto con una rete di coetanei, composta da altri ragazzi adottati. I gruppi aiutano loro a vedere che altri ragazzi hanno le stesse paure e gli stessi sentimenti. Essi hanno una opportunità per parlare, al sicuro, delle loro famiglie di nascita e dei sentimenti di perdita, di paura, di desiderio e di confusione, sentimenti che possibilmente si sentono a disagio ad esprimere all'interno della loro famiglia adottiva.

Sondaggi condotti con i genitori adottivi sui gruppi di supporto per i loro figli, hanno fornito del feedback interessante sui benefici di tali gruppi per figli adottati. I genitori hanno fornito le seguenti risposte al quesito, "Dopo aver partecipato al gruppo di supporto, mio figlio è...":

Voce	Sono molto d'accordo	Sono d'accordo	Sono neutrale	Non sono d'accordo	Non sono assolutamente d'accordo
Più in grado di capire l'adozione	15%	50%	35%	0%	0%
Più in grado di parlare con me delle sue inquietudini	15%	29%	34%	17%	5%
Agevolato, essendo insieme ad altri che sono stati adottati	35%	46%	22%		
Più in grado di comprendere i suoi stessi sentimenti	8%	40%	40%	13%	0%

## Le opportunità offerte dalla tecnologia di Internet per mettere le famiglie in collegamento con informazioni e supporti: Together as Adoptive Parents [Insieme a Noi Genitori Adottivi]: Pennsylvania

Phyllis Stevens, direttrice dell'associazione Together as Adoptive Parents [Insieme a noi Genitori Adottivi] di Harleysville nello stato della Pennsylvania, riferisce che l'associazione aiuta le famiglie adottive a trovare operatori adozione-competenti che lavorano nel campo della salute mentale nel territorio. Finanziata con fondi dello stato, l'organizzazione ha creato un sito web interattivo che fornisce informazioni su terapeuti in varie parti dello stato. Ai potenziali terapeuti dell'adozione si è inviato un questionario elaborato da famiglie adottive, che includeva le seguenti domande:

- Con quante famiglie adottive lavora in modo fisso?
- Dove ha ricevuto la sua formazione?
- Ha presentato dei contributi a conferenze sulla formazione?
- Secondo Lei, quali sono le questioni più significative che le famiglie adottive affrontano?
- Quali sono le due strategie d'intervento più efficaci che adopera?

*“Stiamo assistendo ad un aumento quasi quotidiano nell'uso della chat. Le famiglie hanno voglia di parlare con altre famiglie e di sapere che non sono né sole né impazzite.”*

–Phyllis Stevens  
Direttrice  
Together as Adoptive  
Parents

Nel 2002, il sito web conteneva i profili di oltre 140 terapeuti adozione-competenti e le loro risposte alle domande del questionario. I dati sono stati suddivisi secondo le varie contee e Stevens riferisce che il sito copre quasi tutte le contee dello stato. Tutte le famiglie adottive che hanno bisogno di un operatore sociosanitario che lavora nel campo della salute mentale, possono visitare il sito web per fare una loro valutazione personale dei terapeuti disponibili vicini a loro, basandosi sui dati forniti.

Il sito web include anche una serie di alternative riguardanti i servizi, insieme ad informazioni relative a finanziamenti di interesse alle famiglie, tra cui campeggi/centri estivi sensibili ai bisogni riguardanti la salute mentale di bambini e ragazzi; scuole che lavorano in modo proficuo al servizio di bambini con “special needs” (scuole pubbliche e private); centri diurni terapeutici; tutori che possono assistere bambini che stentano ad ottenere risultati soddisfacenti a scuola. Un'aggiunta recente al sito web è una “chat” chiamata “Adopt Talk”, dove le famiglie possono parlare con altre famiglie che stanno affrontando a fatica simili problematiche. “Noi vogliamo dare speranza e istruzione alle famiglie”, afferma Stevens. “Stiamo assistendo ad un aumento quasi quotidiano nell'uso della chat. Le famiglie hanno voglia di parlare con altre famiglie e di sapere che non sono né sole né impazzite.”

## Approcci globali al supporto, all'istruzione e ai servizi di salute mentale competenti in materia di adozione

La definizione migliore dell'approccio globale ai servizi post-adozione si trova in una monografia pubblicata nel 1996 da Spaulding for Children, elaborata dal National Consortium for Post-Legal Adoption Services<sup>66</sup> [il Consorzio Nazionale per Servizi Post-Adozione Legale], e poi arricchita attraverso il lavoro di Howard e Smith del Center for Adoption Studies dell'Illinois State University.<sup>67</sup>

Questi descrivono un approccio all'erogazione di servizi adozione-competenti, caratterizzato da diversi livelli di articolazione. Alcuni elementi di tale approccio trovano espressione nella pratica in tutto il paese, ora in un momento in cui gli stati tentano a fatica di sfruttare al meglio le loro limitate risorse per soddisfare i complessi bisogni dei bambini adottati e delle famiglie adottive. Lo schema che segue, adattato dal lavoro di Smith e Howard e del Consorzio Nazionale, illustra il mix di componenti che costituiscono questo approccio globale, un approccio che include una filosofia molto solida, centrata sulla famiglia, riguardante le particolarità dell'adozione come un modo per formare una famiglia, le collaborazioni che sono necessarie per attuare servizi adozione-competenti e globali e la costellazione di servizi di prevenzione e di intervento di cui hanno bisogno episodicamente i bambini adottati e le loro famiglie. Il National Adoption Consortium for Post-Legal Adoption Services ha inoltre rilevato che quando è disponibile una costellazione globale di servizi e supporti post-adozione competenti in materia di adozione, per le famiglie adottive aumenta la probabilità di conseguire alcuni esiti positivi, tra cui:<sup>68</sup>

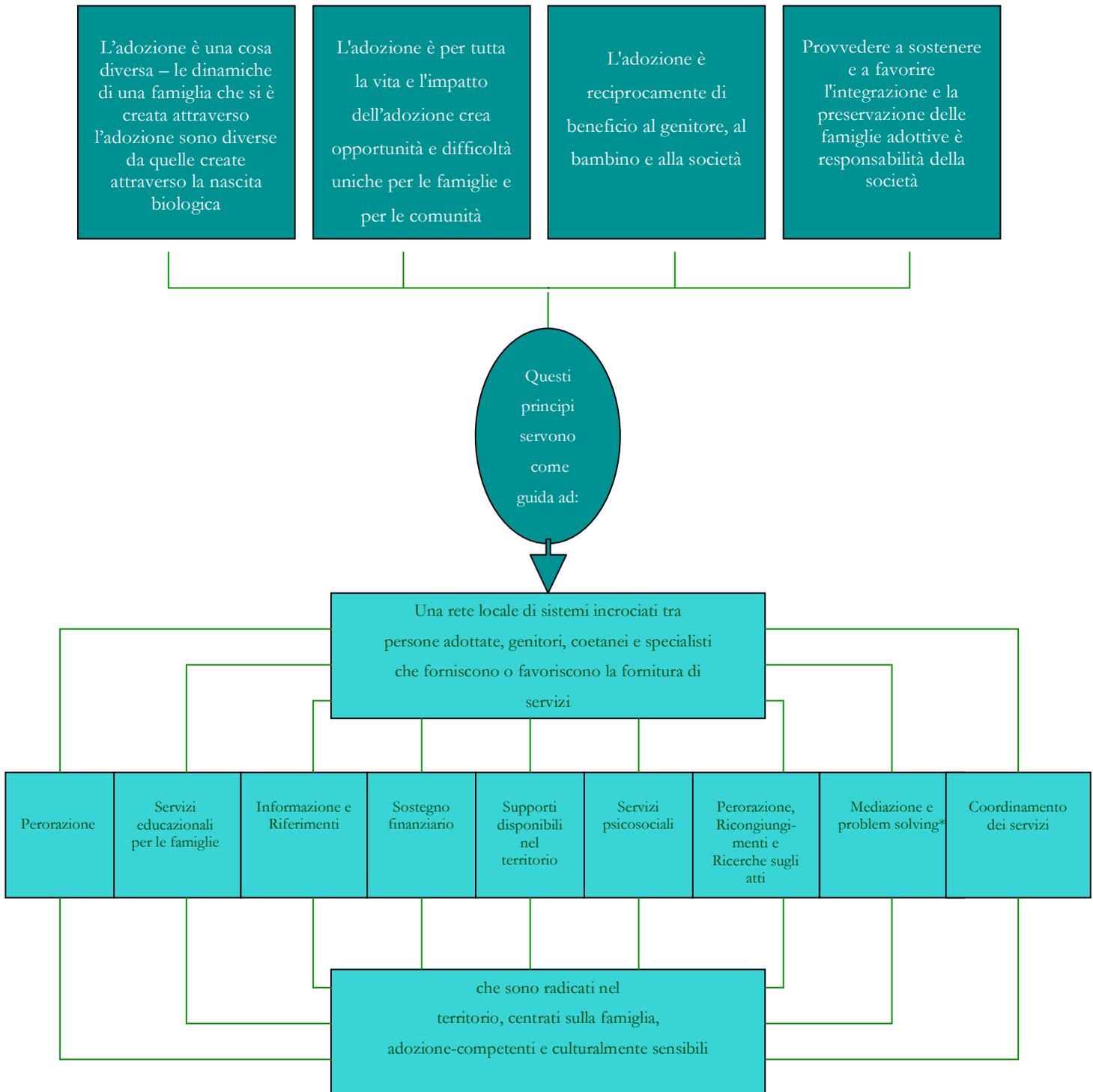
*“Ogni bambino porta con sé una diversa esperienza di vita e quindi bisogni diversi da affrontare.”*

–Un genitore adottivo

- Rafforzamento dell'integrazione familiare
- Rafforzamento dell'attaccamento
- Rafforzamento del funzionamento della famiglia
- Rafforzamento dell'entitlement\* e del claiming\* da parte dei genitori
- Rafforzamento della formazione dell'identità dei singoli membri della famiglia
- Rafforzamento delle reti di comunicazione nel territorio

<sup>66</sup> Spaulding for Children & the National Consortium for Post-Legal Services. (1996). *Adoption Support and Preservation Services: A Public Interest*.

<sup>67</sup> Livingston-Smith, S. e Howard, J. (1997). *Strengthening Adoptive Families: A Synthesis of Post-Legal Adoption Opportunity Grants*. Center for Adoption Studies; Illinois State University.



La progettazione di questa costellazione di servizi post-adozione ad ampio raggio è estremamente impegnativa per qualsiasi singolo ente, principalmente a causa dei fondi limitati. Anche se l'ottenimento più tempestivo della permanenza attraverso l'adozione è stato una priorità del governo federale per quasi un decennio, non esiste un solo afflusso di fondi federali assegnato ai servizi che si

<sup>68</sup> Spaulding for Children & the National Consortium for Post-Legal Adoption Services. (1996). p. 19.

occupano di adozioni e ai servizi post-adozione. Per creare servizi post-adozione globali, i singoli stati, comunque, stanno utilizzando sempre di più un mix di fondi federali<sup>69</sup>, oltre alle loro risorse statali e al tempo per la formazione del personale addetto a tali servizi. Gli enti si trovano più o meno lungo questo continuum per quanto riguarda lo sviluppo delle parti componenti questa serie globale di servizi. Qui di seguito sono illustrate le attività di alcuni di questi enti, fra cui gli approcci relativi ai servizi post-adozione dei Centers for Adoption Support and Education [i Centri di Supporto e Educazione all'Adozione] e dei Casey Family Services.

### **Il Center for Adoption Support and Education [il Centro di Supporto e Educazione all'Adozione]: Silver Spring, Maryland**

Il Center for Adoption Support and Education (CASE) è un esempio di un ente che è riuscito a sviluppare un approccio globale ai servizi adozione-competenti pre- e post-adozione riguardanti la salute mentale, l'educazione e il sostegno. Con sede a Silver Spring nello stato del Maryland, il CASE è

*“Non ci si può semplicemente aspettare che un bambino si attacchi ad una nuova famiglia se non ha ancora affrontato e elaborato il lutto e la perdita che provengono dal non far parte della propria famiglia di nascita.”*

–Debbie Riley  
Direttrice Esecutiva  
Center for Adoption  
Support and Education

un'organizzazione non a scopo di lucro che offre servizi a famiglie nel Maryland e nella Virginia. La pratica adozione-competente permea tutti gli ambiti del lavoro del CASE, il quale fornisce una solida serie di servizi adozione-competenti di salute mentale, ed è finanziato attraverso un mix di fondi, contratti di fornitura di servizi ad onorario e fondi provenienti dal Medicaid. La Direttrice Esecutiva, Debbie Riley, riferisce che reperire un costante afflusso di fondi per sostenere le iniziative dell'ente è una sfida smisurata. Oltre ai servizi diretti, il CASE si impegna a fornire sia consulenze a livello nazionale sia corsi di formazione atti a migliorare la competenza di altri

programmi di assistenza ai minori e di salute mentale nell'ambito dell'adozione.

La varietà dei servizi adozione-competenti ad ampio raggio offerti dal CASE, si articola in un approccio a quattro direzioni, basato sulle seguenti componenti:

1. *Servizi di salute mentale connessi all'adozione, offerti ad individui, gruppi e famiglie.* Gli interventi di salute mentale del CASE affrontano tematiche relative al lutto, alla perdita, all'abbandono e all'identità del bambino adottato e della famiglia adottiva. Secondo Riley: “Non ci si può

<sup>69</sup> Per esempio, Title IV-B, Parte 1 & 2, Title IV-E, Maintenance, Training and Administration [Mantenimento, Formazione e Amministrazione]; Medicaid; TANF; Social Services Block Grants; Adoption Incentive dollars e Discretionary Funds.

semplicemente aspettare che un bambino si attacchi ad una nuova famiglia se non ha ancora affrontato e elaborato il lutto e la perdita che provengono dal non far parte della propria famiglia di nascita.” I terapeuti del CASE seguono un impegnativo percorso formativo volto, da un lato, a considerare le problematiche comportamentali infantili attraverso l'ottica dello sviluppo (sia cognitivo sia comportamentale), e dall'altro lato, a far sì che la terapia sia intensamente focalizzata sulle modalità per capire e gestire i sentimenti di lutto e di perdita. I genitori adottivi vengono aiutati a superare i propri crucci riguardanti sia i sogni perduti sia i sensi di vergogna e di colpa. I bambini e le famiglie sono anche coinvolti in attività di gruppo che mirano a normalizzare le loro esperienze. La pianificazione meticolosa di un trattamento che contenga obiettivi mirati è la chiave del lavoro svolto al CASE. Secondo Riley: *“Questo è un lavoro complicato che richiede interventi ponderati ed intensamente pianificati in ogni dettaglio.”*

2. *Servizio di consulenza adozione-competente offerto ad enti di assistenza ai minori.* Nel corso degli ultimi anni, il CASE ha risposto alle richieste di enti, pubblici e privati, di assistenza ai minori, per corsi di formazione e consulenze per casi specifici, allo scopo di aiutare le famiglie adottive a restare unite. Il CASE ha collaborato con gli stati della California, del Connecticut e del Delaware per formare il personale sulle problematiche relative alla salute mentale e alla competenza in materia di adozione, e per tracciare le loro specifiche linee di strategia post-adozione, basate sulle caratteristiche particolari e tipiche delle popolazioni che hanno come utenti, sulle partnership già esistenti e sulle aspettative delle famiglie adottive. Secondo Riley: *“Gli stati sono ansiosi di capire meglio sia le componenti di un sistema globale di servizi e di supporti post-adozione sia i modi per istruire coloro che forniscono i servizi in tutto questo sistema di assistenza.”*

*“Gli stati sono ansiosi di capire meglio sia le componenti di un sistema globale di servizi e di supporti post-adozione sia i modi per istruire coloro che forniscono i servizi in tutto questo sistema di assistenza.”*

–Debbie Riley

Direttrice Esecutiva

Center for Adoption Support and

Education

3. *Iniziative educazionali e di collaborazione nell'ambito della scuola.* Lo staff del CASE ha rilevato una forte correlazione tra l'interruzione dei rapporti con la famiglia adottiva e problemi scolastici. Pertanto per prevenire queste interruzioni relazionali e revoche legali di adozioni, i clinici del CASE lavorano con il personale dei sistemi scolastici sia nell'ambito della normale istruzione sia in quello dei programmi più mirati di sostegno (special education\*). I clinici sono formati per capire sia il funzionamento della Pianificazione dell'Istruzione Individualizzata, sia quello

della Pianificazione terapeutica all'interno di un ambiente scolastico. Lo staff aiuta le famiglie a comunicare meglio con gli insegnanti circa i bisogni dei figli adottati.

Di recente il CASE ha attuato un programma formativo per l'ambiente scolastico destinato agli insegnanti, agli assistenti sociali e agli psicologi che operano nelle scuole. Il percorso formativo mira ad influire sulle diagnosi e sulle valutazioni che essi formulano, ed anche sulle loro strategie didattiche e di trattamento terapeutico. Il modello formativo comprende cinque temi mirati alla creazione di un ambiente adozione-sensibile all'interno delle scuole, tra cui: l'accettazione, l'accuratezza, l'assegnazione, l'assistenza e l'advocacy\*. Questa visione globale aiuta il personale scolastico a comprendere i comportamenti dei bambini/ragazzi nel contesto dell'adozione, e ad apprendere come offrire ai bambini adottati e ai loro compagni di classe le opportunità per comprendere meglio e normalizzare l'esperienza dell'adozione.

4. *Pubblicazioni e articoli.* Il CASE ha scelto la strategia di aumentare le proprie iniziative editoriali. Con la condivisione di ciò che è servito di lezione nei loro servizi di salute mentale insieme alle famiglie adottive, il CASE auspica che in futuro gli operatori sociosanitari possano capire meglio le questioni che i bambini adottati e le loro famiglie affrontano, in modo che poi saranno in grado di sviluppare ulteriori modelli terapeutici e serie di servizi di salute mentale, sempre adozione-competenti.

### **I Casey Family Services: Programmi globali di servizi post-adozione**

Da oltre un decennio, i Casey Family Services offrono servizi post-adozione globali in tutto il territorio del New England. Nel 1991 le Succursali di Bridgeport e di Hartford avviarono i loro Programmi Post-Adozione rispondendo ai bisogni espressi da famiglie adottive residenti in queste comunità del Connecticut. Le famiglie si erano riunite grazie alle iniziative del Dipartimento per Bambini e per Famiglie, oppure avevano adottato bambini tramite altri canali nazionali o internazionali. A prescindere dalle circostanze delle singole adozioni, le famiglie tutori\* riferirono che le famiglie adottive avevano bisogno di istruzione e di supporti specializzati, riferimenti informativi per servizi, e a volte di terapie più intensive per poter capire e fronteggiare meglio il processo continuativo di adattamento. Inizialmente i Casey Family Services offrirono programmi formativi di pratica per operatori nel campo dell'assistenza sociale adozione-competente, una formazione ispirata dalle teorie e dal lavoro di molte persone presenti nel mondo dell'adozione.

Oggi i Casey Family Services offrono una serie di programmi globali post-adozione in sei delle otto succursali esistenti. I Programmi Post-Adozione dei Casey attuati a Bridgeport e a Hartford, nel

Maine, nel New Hampshire, nel Rhode Island e nel Vermont, hanno investito nello sviluppo di collaborazioni con ognuno dei rispettivi stati, con un particolare interesse a soddisfare i bisogni dei bambini, in numero crescente, che sono stati adottati tramite i sistemi statali di assistenza ai minori, tramite i relativi enti contrattuali e i programmi di affidamento dei Casey Family Services.

L'approccio di ciascuna delle succursali dei Casey Family Services al lavoro con le famiglie adottive è sempre particolare, ma tutte le succursali offrono un nucleo di base di supporti per le famiglie adottive, tra cui:

- Counseling per le singole famiglie
- Iniziative di perorazione - comprendendo iniziative a livello di casi singoli, a livello inter-ente e di sistemi vari
- Formazione adozione-competente indirizzata a specialisti di salute mentale e specialisti scolastici
- Iniziative di istruzione e diffusione di informazioni mirate alla presa di coscienza sull'adozione a livello della comunità
- Una serie di gruppi di supporto per genitori e figli, e workshop per genitori
- Attività locali per bambini e famiglie.

*“Si fornisce così poco della storia del bambino.”*

–Un genitore adottivo

Col tempo, dalle esperienze degli specialisti e terapeuti con provata esperienza nel campo dell'adozione, e dalle esperienze delle famiglie stesse, i membri dello staff hanno appreso che l'adozione è un percorso che si snoda per tutta la vita, e che quindi le famiglie hanno bisogno di una assistenza “episodica” in vari momenti del ciclo della vita familiare. Il personale ha anche espresso il bisogno di formazione e di supporto specializzati ed adozione-competenti per poter assistere meglio i bambini adottati e le loro famiglie, aiutandoli a comprendere e a sostenere le loro relazioni familiari.

Per esempio la Succursale del Vermont fornisce una serie di servizi e di supporti organizzati in base ad un approccio articolato in "livelli di servizio". Le famiglie possono partecipare sia a gruppi sia individualmente a servizi centrati sulla famiglia che variano nel livello di intensità. Possono anche essere messe in collegamento con una rete, che copre tutto lo stato, formata da terapeuti con una specifica formazione (tramite una collaborazione finanziata con fondi per le "Adoption Opportunities"\*) focalizzata sull'adozione e su teorie/strategie dell'attaccamento. Le famiglie partecipano ad una serie di servizi per tutto il tempo che serve loro, o episodicamente.

Nel 1997 un gruppo di genitori adottivi del Vermont si riunì con i dirigenti dei Dipartimenti dei Servizi di Salute Mentale, dei Servizi Sociali e Riabilitativi (assistenza ai minori) e del Dipartimento della

Pubblica Istruzione dello stato del Vermont, per incrementare la consapevolezza del bisogno di competenza in materia di adozione da parte dei terapeuti, degli insegnanti e degli operatori dei servizi di assistenza ai minori, un bisogno che persiste per tutto il ciclo della vita dei bambini adottati. La Succursale del Vermont che si occupa del Programma di Servizi Post-Adozione fa parte del Consorzio del Vermont per l'Adozione, frutto, quest'ultimo, di una collaborazione tra enti, parzialmente finanziato dai Servizi Sociali e Riabilitativi dello stato del Vermont, i quali forniscono una coordinazione di vari elementi, tra cui informazioni, la presa in carico, gruppi, servizi, supporti, terapie, la formazione e perorazione educativa con famiglie preadottive e adottive che risiedono in tutto lo stato.

La Succursale di Bridgeport che si occupa del Programma di Servizi Post-Adozione offre una serie di servizi e supporti domiciliari e ambulatoriali a bambini adottati e alle famiglie. Lo staff fornisce counseling e supporto individuale e familiare, ma anche l'organizzazione di gruppi focalizzati e continuativi per affrontare questioni che sono particolarmente sentite dalle famiglie. Inoltre lo staff di Bridgeport collega le famiglie con terapeuti nel territorio che possiedono una specializzazione nella teoria e in interventi relativi all'adozione (una rete che ha trovato uno sviluppo iniziale attraverso un finanziamento per le Adoption Opportunities\*). Lo staff post-adozione di Bridgeport inoltre offre molte opportunità alla comunità in generale per capire l'adozione tramite l'organizzazione di conferenze aperte al pubblico, forum con la partecipazione della comunità locale e assistenza tecnica in collaborazione con enti basati nel territorio.

Le Succursali del Rhode Island e del New Hampshire offrono alle famiglie adottive delle opportunità per usufruire di una varietà di supporti globali, gruppi educazionali e iniziative di perorazione, ma anche di counseling individuale e familiare. Nello stato di Rhode Island, i bambini/ragazzi affetti da gravi problemi di salute mentale possono essere valutati dallo psichiatra consulente della Succursale. L'equipe post-adozione del Rhode Island aiuta i genitori adottivi a comprendere e ad affrontare le problematiche associate all'impatto di traumi subiti in giovane età, all'impatto della separazione e della perdita sullo sviluppo del bambino e quelle relative ai rapporti emergenti all'interno della nuova famiglia adottiva. Questa stessa equipe ha organizzato molte giornate per workshop formativi in tutti gli Stati Uniti su temi relativi a traumi, all'attaccamento e allo sviluppo infantile. Lo staff del Programma Post-Adozione del New Hampshire lavora anche con clinici della salute mentale per accrescere la loro competenza riguardante il lavoro terapeutico svolto con le famiglie adottive e l'accesso a servizi di respite.

I Programmi Post-Adozione di Bridgeport e di Hartford nello stato di Connecticut, e quello dello stato del Rhode Island, hanno sviluppato collaborazioni con i loro rispettivi dipartimenti statali di

assistenza ai minori per accogliere casi di famiglie affidatarie in fase di transizione dall'affidamento all'adozione. Aiutano a preparare i bambini e le famiglie su ciò che possono aspettarsi in futuro e offrono i servizi post-adozione globali di cui avranno bisogno dopo il decreto definitivo di adozione. (Anche la collaborazione per i Servizi Post-Adozione della Succursale del Maine con il Dipartimento dei Servizi Umani dello stesso stato, resa possibile tramite l'Autorizzazione ai sensi del Title IV, viene illustrata in una sezione successiva.)

I membri dello staff dei Programmi Post-Adozione dei Casey Family Services sono anche impegnati come consulenti presso il Casey Center for Effective Child Welfare Practice [il Centro Casey per Pratiche Efficaci di Assistenza ai Minori] per fornire assistenza tecnica ad enti pubblici e privati di tutta la nazione in relazione alle politiche riguardanti i servizi post-adozione e a questioni relative al lavoro e all'assistenza pratica. Il Casey Center offre consulenza circa la pianificazione di strategie, l'analisi delle politiche, e la formazione adozione-competente, al fine di aumentare la probabilità che il numero crescente di famiglie adottive in tutta la nazione abbia i supporti e i servizi educazionali e terapeutici necessari per sostenere le loro nuove famiglie.

### **Programmi adozione-competenti di intervento terapeutico domiciliare**

Ci sono alcuni esempi di assistenza adozione-competente per la salute mentale fornita tramite programmi domiciliari intensivi per la preservazione dell'adozione. Questi servizi offrono interventi pratici nel caso di crisi e un sostegno a lungo termine presso famiglie preadottive e adottive durante i periodi più difficili. Due esempi singolari vengono messi in evidenza qui di seguito, tra cui i programmi attuati nella Contea di Boulder nel Colorado e quelli attuati nello stato dell'Illinois. Nella Contea di Boulder, servizi sanitari e di salute mentale domiciliari sono forniti all'occorrenza, immediatamente dal momento del collocamento di bambini piccoli in affidamento, per l'affidamento preadottivo o per l'adozione, onde affrontare le problematiche dello sviluppo e comportamentali nell'ottica della prevenzione. Nell'Illinois, il programma domiciliare per la preservazione delle adozioni, attivato in tutto lo stato, si è evoluto dal movimento per la preservazione della famiglia; è accessibile alle famiglie che spontaneamente cercano servizi quando è a rischio la stabilità della famiglia adottiva. Segue una descrizione di questi programmi.

### **Intervento precoce a domicilio: Il Community Infant Program [il Programma Locale per l'Infanzia] nella Contea di Boulder, Colorado**

Il Programma Locale per l'Infanzia, nella Contea di Boulder, del Colorado, è una iniziativa di collaborazione tra il Mental Health Center of Boulder County Inc., il Dipartimento Sanitario della Contea di Boulder e il Dipartimento dei Servizi Sociali della stessa contea. Il programma è finanziato con risorse del Medicaid, fondi statali e della contea, e con fondi stanziati sotto Title V per la Salute Materna e dell'Infanzia. Attraverso questa iniziativa congiunta, si assegnano infermiere ai bambini e alle famiglie ad alto rischio, individuati tramite gli ospedali, gli ambienti sanitari locali e i servizi per l'assistenza ai minori.

Deborah, madre adottiva e residente nella Contea di Boulder, la quale si prende cura della figlia adottiva “Sarah” da quando la bambina aveva l'età di 5 mesi, descrive le esperienze della famiglia con questo programma domiciliare:

*“Inizialmente, quando portammo Sarah in casa nostra, lei era sempre sveglia, a tutte le ore, e piangeva costantemente con fortissimi dolori allo stomaco. Si faceva una dormitina di 15 minuti al massimo, per due volte nel corso della giornata. Rifiutava proprio di addormentarsi... Stando a quel che si dice, i genitori di nascita di Sarah facevano uso di droga, erano soliti ricorrere frequentemente alla violenza domestica ed ad intervalli erano stati senza tetto nei primi mesi di vita della bambina.”<sup>70</sup>*

Un'infermiera del Programma Locale per l'Infanzia fu assegnata al caso, per lavorare con Sarah, dal momento in cui la bambina fu affidata a Deborah. Si assegnò anche un'altra infermiera al caso, per lavorare con il padre di nascita, il quale rimase interessato ad ottenere la custodia della figlia. Le due infermiere, pur assegnate a due diverse famiglie, lavoravano in collaborazione con un unico obiettivo in mente: fornire servizi di valutazione e terapeutici che potessero contribuire alle decisioni nel massimo interesse della bambina.

Quando raggiunse l'età di un anno, Sarah era già stata valutata da un logopedista e da un terapeuta occupazionale. La famiglia veniva coinvolta in un piano di terapia per imparare come adattarsi ai bisogni di Sarah; questo servizio era finanziato dal Medicaid. L'equipe del caso coinvolse il padre di nascita, Deborah, l'assistente sociale dell'assistenza ai minori della Contea di Boulder, l'operatore assegnato dal Tribunale come “Peroratore Speciale” [Court-Appointed Special Advocate (CASA)], l'infermiera, il logopedista e il terapeuta occupazionale. Anche se nel corso del tempo il padre di Sarah decise che il piano di permanenza finale sarebbe stato l'adozione, lui veniva incluso, con rispetto, nel percorso terapeutico e decisionale.

---

<sup>70</sup> Comunicazione personale di Deborah, madre adottiva (novembre 2001).

Mentre Sarah cresceva, questa equipe di specialisti aiutava Deborah e la sua famiglia a comprendere e a cogliere la differenza tra comportamenti “normali” per bambini di età inferiore ai 6 anni e comportamenti che potevano essere causati da traumi. La terapia del gioco è stata usata come strategia per aiutare Sarah a risolvere i comportamenti che sembravano connessi a traumi subiti nei primi mesi di vita. Deborah ha riferito che il beneficio più importante dell'approccio dell'equipe all'intervento precoce domiciliare era connesso alla capacità di affrontare molto presto l'esperienza dei traumi che Sarah aveva vissuto nella sua vita, prima che la gamma dei vari comportamenti negativi potesse aver la possibilità di ampliarsi. *“Questo è stato uno dei doni più grandi che questo programma ha regalato alla nostra famiglia... diagnosi ed interventi precoci ed efficaci,”*<sup>71</sup> ha detto Deborah.

Interpellata sulla regolarità degli incontri dell'equipe per prendere in esame gli sviluppi del caso, Deborah ha sottolineato che questo costituiva un elemento di difficoltà per l'equipe, nonostante i tentativi dei vari componenti.

*“Praticamente dovevo fungere quasi da perno per tenere insieme le cose, assicurandomi che ognuno sapesse ciò che l'altro faceva... E' stato abbastanza faticoso... Però, grazie al lavoro di questa equipe, quando Sarah raggiunse l'età di 6 anni e cessarono i vincoli per un'adozione da parte della nostra famiglia, era una bambina di 6 anni stabile e sana...”*<sup>72</sup>

### **Servizi terapeutici e di supporto domiciliari nel territorio dello stato di Illinois: l'Illinois Adoption Preservation Program [il Programma dello stato dell'Illinois per la Preservazione delle Adozioni]**

Nell'estate del 1991, iniziò il Programma dello stato dell'Illinois per la Preservazione delle Adozioni, con finanziamenti per i programmi avviati nella Contea Cook e per i Metropolitan Family Services nella Contea DuPage. Entro il 1994, il programma si era ormai esteso ad ogni zona coperta dal Dipartimento per i Minori e la Famiglia (DMF) ed alla maggior parte delle contee dell'Illinois. Il mandato legale dello stato per l'approvvigionamento di servizi per la preservazione della famiglia riguardanti le famiglie adottive stabilisce che tali servizi verranno forniti alle famiglie adottive che sono a rischio di interruzione dell'affidamento o di revoca legale dell'adozione. Questa legge statale rispecchia la convinzione secondo la quale i bambini che in tenera età hanno vissuto esperienze che rientrano nella

---

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> Ibid.

gamma di esperienze negative comuni ai bambini presi in carico dal sistema di assistenza ai minori, sono a rischio di difficoltà più avanti nella vita.<sup>73</sup>

Ricerche condotte dal Center for Adoption Studies [il Centro Studi sull'Adozione] dell'Università Statale dell'Illinois sul Programma per la Preservazione delle Adozioni, indicano che le famiglie servite dal programma hanno problemi complessi, i quali le mettono a rischio di revoca dell'affidamento preadottivo o di revoca legale dell'adozione. Per esempio, la maggior parte delle famiglie servite hanno figli che, a loro volta, erano stati serviti precedentemente dal DMF, e con poco più di un quarto essendo stato adottato da parenti. Si riferisce che i bambini avevano vissuto una varietà di esperienze potenzialmente capaci di metterli a rischio di revoca dell'affidamento preadottivo o di revoca legale dell'adozione, tra cui: tipi multipli di maltrattamento in precedenza, presenza di problemi di attaccamento, diagnosi di malattie mentali, come per esempio la depressione infantile, la presenza di sintomi del Disturbo da Stress Post-Traumatico, una o più disabilità associate al Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività, e un'età maggiore al momento del collocamento.

Ad un quarto dei bambini serviti occorre servizi di trattamento extra-domiciliari dopo l'adozione, con l'ospedalizzazione psichiatrica essendo il tipo di collocamento più comune. A conclusione del periodo di assistenza, l'87 per cento era tornato a vivere nuovamente presso le famiglie adottive e il 13 per cento dei bambini rimasti non viveva presso le rispettive famiglie adottive al termine dei servizi (2/3 erano collocati presso strutture residenziali e con famiglie affidatarie, mentre 1/3 viveva con parenti o era collocato in strutture ospedaliere).

Dal principio, il programma dell'Illinois per la Preservazione delle Adozioni ha avuto tre tipi di servizi integrati tra di loro: 1) servizi intensivi a tempo determinato con capacità di risposta alle crisi, 2) gruppi di supporto per l'adozione e 3) collegamenti alle risorse della comunità. Servizi terapeutici intensivi richiedono servizi tradizionali di casework\*, come per esempio counseling individuale e familiare, ed anche interventi terapeutici specificatamente mirati alle comuni problematiche associate all'adozione. Smith e Howard riferiscono che molti genitori arrivano a questo programma esausti emotivamente e insicuri riguardo alle loro capacità di avere cura dei loro figli. Gli operatori aiutano questi genitori adottivi ad acquisire o a riacquisire fiducia nelle proprie abilità (vedi "empowerment\*") e nella propria competenza.<sup>74</sup> I servizi intensivi comprendono, all'occorrenza, counseling familiare a domicilio, il lavoro individuale con i bambini/ragazzi e i genitori e interventi nei momenti delle crisi. Il programma inizia con una valutazione approfondita, che si costruisce anche in base a quelle eseguite in

---

<sup>73</sup> Howard, J. e Livingston-Smith, S. (giugno 2001). *The Illinois Adoption/Guardianship Preservation Program: The First Ten Years*. Center for Adoption Studies, Illinois State University.

passato, e aiuta la famiglia a capire le informazioni che si sono raccolte sul figlio e sulla famiglia stessa. Gli operatori possono inoltre procedere a ulteriori valutazioni o verificare la precisione di quelle precedenti. La reperibilità ventiquattro ore su ventiquattro da parte degli operatori per le famiglie fa parte di ogni programma per la preservazione dell'adozione.

Questa strategia “ad arco” che caratterizza il modello adoperato nell'Illinois consiste nel lavorare con i genitori adottivi per rinforzare il senso di competenza genitoriale e l'abilità di agire efficacemente nell'interesse del figlio. Questo lavoro comprende anche un'attività di formazione dei genitori circa l'adozione e il suo impatto sui bambini, aiutandoli a rivisitare la storia preadottiva del figlio e ad interpretare il comportamento attuale del figlio nel contesto della sua storia. Aiutano altresì i genitori ad acquisire abilità per la gestione dei comportamenti, a rompere cicli inefficaci che emergono nella sfera genitoriale e ad accedere a risorse locali che possono aiutare loro a loro volta ad aiutare il figlio.<sup>75</sup> Ai bambini si offrono inoltre occasioni separate per gestire il loro lutto e la loro perdita.

E' bensì vero che molte famiglie hanno ricevuto l'assistenza di specialisti capaci prima di questo servizio, ma secondo le famiglie servite, questi specialisti hanno affrontato raramente le problematiche collegate alla storia pregressa dei figli. Gli operatori impegnati nel Programma di Preservazione dell'Adozione aiutano le famiglie nella ricostruzione della storia pregressa dei figli; aiutano i genitori (e il figlio stesso) a comprendere il comportamento attuale del figlio alla luce della sua storia. Per molti genitori questa conoscenza consente di “de-personalizzare” la rabbia o la distanza affettiva dei figli, permettendo ai genitori di provare empatia per il figlio nuovamente.<sup>76</sup>

### **Collaborazioni formative per lo sviluppo di modelli innovativi di istruzione specialistica adozione-competenti**

Per sviluppare e sostenere servizi adozione-competenti di salute mentale basati nella comunità, alcune giurisdizioni hanno deciso di investire nella competenza in materia di adozione degli operatori già presenti nelle loro comunità locali e che operano nei campi dell'assistenza ai minori e della salute

*“Le probabilità che un bambino abbia subito abusi prima dell'adozione, sono molto alte. Senza servizi di supporto prolungati e costosi, le probabilità che un bambino di età maggiore non sia in grado di formare un attaccamento sano con la famiglia, sono molto alte. E sono alte le probabilità che la famiglia che adotta questo bambino non abiti in una realtà locale dove altri adulti capiscono come sono all'interno dell'ambiente familiare i bambini con queste esperienze e ciò di cui hanno bisogno per sopravvivere.”*

—Un genitore adottivo

<sup>74</sup> Ibid.

<sup>75</sup> Ibid.

mentale. Nella sezione seguente si descrivono alcune strategie innovative per l'istruzione e il sostegno di operatori sociosanitari attivi nel campo dell'assistenza ai minori, di specialisti della salute mentale e di provider di servizi radicati nella comunità, strategie che hanno l'obiettivo di aumentare la capacità di risposta di questi specialisti e provider presenti nel territorio, per quanto riguarda i complessi bisogni

*“Non ci sono proprio sufficienti investimenti nei servizi di assistenza post-adozione per bambini... Sarà meraviglioso quando arriveremo ad un punto in cui le scuole di assistenza sociale e il sistema globale di assistenza ai minor investiranno tempo e risorse in questo anello della catena dei servizi così a corto di finanziamenti e così scarsamente esteso come materia di insegnamento.”*

–Christine Gradert  
Vicepresidente  
Family Resources, Inc.

relativi alla salute mentale della popolazione in continua crescita di bambini adottati e le loro rispettive famiglie adottivi. Sempre più stati stanno esplorando dei modi per attuare queste entusiasmanti opportunità mirate all'apprendimento e all'accrescimento delle capacità. (Per esempio, i Direttori per l'Adozione dell'Oregon e del Rhode Island stanno progettando programmi di istruzione specialistica che potrebbero essere attuati entro gli anni di programma 2003/2004.)

**Il Programma per il Certificato di Abilitazione alla Professione in Adozione per specialisti degli enti pubblici e della salute mentale: Lo stato del New Jersey/Rutgers University School of Social Work [La Scuola di Assistenza Sociale dell'Università di Rutgers]**

Il Programma Adozione, della Division of Youth and Family Services (DYFS) [la Divisione di Servizi per i Giovani e le Famiglie] dello stato del New Jersey, ha utilizzato fondi federali stanziati per le Adoption Opportunities per lavorare in collaborazione con la Scuola di Assistenza

Sociale della Rutgers, l'Università Statale del New Jersey, per sviluppare un Programma per il Certificato di Abilitazione alla Professione in Adozione per operatori sociosanitari nel campo dell'assistenza ai minori e per i provider di servizi di salute mentale operanti nel territorio. Il Programma Adozione della DYFS ha utilizzato i fondi stanziati per finanziare lo sviluppo del programma di studi e per sperimentare il percorso formativo presso 11 enti locali che attualmente forniscono servizi post-adozione attraverso contratti stipulati con lo stato. Circa \$28.000 sono stati stanziati per finanziare il primo anno pilota. Il primo gruppo di tirocinanti ha fornito del feedback costruttivo sulla strutturazione e sul contenuto del corso di studi. Al termine dei tre anni coperti dai fondi, il progetto finanziato con questo Adoption Opportunities Grant sarà sostenuto dalle tasse d'iscrizione/universitarie per le Unità di Educazione Continua.

<sup>76</sup> Ibid.

Lo psicologo consulente per questo progetto ha curato la delineazione generale del corso e l'individuazione di istruttori esperti nel campo dell'adozione. Ogni istruttore ha poi elaborato la propria parte del corso di studi. L'Università di Rutgers sponsorizza un Gruppo Consultivo che ha il compito di sovrintendere alla fase di sviluppo del Programma per il Certificato di Abilitazione alla Professione in Adozione. Il piano di studi è mirato sia ad estendere la conoscenza posseduta da operatori sociosanitari che lavorano nell'ambito della salute mentale riguardante le problematiche di base affrontate dalle famiglie adottive, sia ad ampliare la loro abilità clinica riguardante interventi terapeutici che sono culturalmente sensibili, centrati sulla famiglia e focalizzati sull'attaccamento.

L'attività per il percorso formativo ha avuto inizio nel settembre del 2001 e il primo anno è stato finanziato con somme provenienti dai fondi stanziati per le Adoption Opportunities, mentre per il secondo anno del programma si è utilizzata un mix di fondi federali e tasse universitarie. Il programma comprende nove giornate di lezioni (un giorno al mese) dedicate alla teoria e alla ricerca, insieme a corsi focalizzati sulle abilità della pratica terapeutica. I partecipanti ricevono cinque ore di crediti per l'Educazione Continua per ogni giornata del corso. Con l'ultimazione delle 45 ore del corso, ai partecipanti viene conferito il Certificato di Abilitazione alla Professione in Adozione dal Programma di Educazione Continua della Scuola di Assistenza Sociale della Rutgers University. Il nucleo base del piano di studi del Programma per il Certificato di Abilitazione alla Professione in Adozione consiste in nove corsi, articolati in nove giornate di studio, come segue:

- La psicologia dell'adozione;
- Le problematiche dell'adozione nei bambini di età maggiore;
- L'esperienza dell'adozione nel ciclo della vita/Bambini adottati in età infantile;
- L'esperienza dell'adozione nel ciclo della vita per bambini di età maggiore;
- Terapia focalizzata sull'attaccamento, con famiglie adottive;
- Terapia focalizzata sulla famiglia per bambini internazionali o post-istituzionalizzati;
- La gestione di problemi comportamentali & disciplina per il bambino traumatizzato;
- Terapia individuale e di gruppo con bambini e adolescenti adottati & le famiglie;
- Aspetti speciali della pratica clinica nell'adozione.

Più di 30 clinici hanno partecipato al primo anno del Programma per il Certificato e secondo Ellen Kelly, specialista DYFS per l'assistenza sociale, le valutazioni del programma da parte dei partecipanti hanno indicato un grado di soddisfazione estremamente alto riguardante la formazione/educazione continua. L'iscrizione al secondo anno del programma ha raggiunto il massimo numero consentito di iscritti tra clinici operanti nei servizi post-adozione basati nella comunità e operatori sociosanitari locali che lavorano nel campo della salute mentale.

## **Il Certificato di Perfezionamento in Terapia per l’Affidamento e l’Adozione: l’Antioch University e il Northwest Adoption Exchange**

Il Northwest Adoption Exchange ha stretto una collaborazione con l’Antioch University di Seattle, nello stato di Washington, per ottenere un finanziamento dalla Fondazione Bill e Melinda Gates e dal M.J. Murdock Charitable Trust [la fondazione di carità di M.J. Murdock], per creare il Certificato di Perfezionamento in Terapia per l’Affidamento e l’Adozione. Secondo Mary Carter-Creech dell’Antioch University:

*“Il Northwest Adoption Exchange (NWAE) si è posto alla guida dell’iniziativa per sviluppare questo programma di abilitazione che ha lo scopo di allargare e arricchire le conoscenze e le abilità terapeutiche degli operatori sociosanitari operanti nel campo della salute mentale nel loro lavoro terapeutico con bambini in affidamento e le famiglie che si propongono per adottarli. Insieme, il NWAE e l’Antioch University di Seattle hanno progettato il piano di studi, basandosi sulla competenza e sull’esperienza dell’Università acquisite con lo sviluppo di precedenti programmi di abilitazione.”*

Per assicurare che il piano di studi fosse corrispondente ai bisogni della comunità di provider che si occupano di servizi relativi all’affidamento e all’adozione, il NWAE ha svolto degli studi di ricerca e dei sondaggi tra operatori nel settore dell’affidamento e dell’adozione, terapeuti e famiglie, per indagare le problematiche e le preoccupazioni considerate pertinenti in relazione al lavoro con famiglie in vari fasi di transizione verso l’adozione e che scelgono l’adozione. Il programma è stato varato nell’ottobre del 2001. Le classi, ciascuna con 20 operatori iscritti, si sono riunite mensilmente per nove mesi, con lezioni di 10 ore suddivise tra il venerdì e il sabato. Gli istruttori sono esperti nazionali e locali nel campo della terapia per l’affidamento e l’adozione.

I seguenti argomenti sono esempi delle tematiche incluse nel piano di studi per il certificato:

- L’affidamento e l’adozione dal punto di vista del bambino e dei genitori
- Lo sviluppo psicologico infantile normale e anormale a confronto
- Lo sviluppo della sessualità nel bambino e l’impatto dell’abuso sessuale
- Sindrome alcolica fetale/ Effetti dell’esposizione fetale all’alcool (FAS/E) ed altre problematiche neurologiche
- Attaccamento e la valutazione e diagnosi del Disturbo Reattivo dell’Attaccamento
- Trauma e la valutazione e diagnosi del Disturbo da Stress Post-traumatico
- Disturbi infantili e altre problematiche relativi alla salute mentale

- Lo sviluppo dell'apprendimento e il Disturbo da Deficit di Attenzione con Iperattività
- Orientamenti teorici adattati per l'applicazione al lavoro terapeutico nell'ambito dell'affidamento e dell'adozione.

Ai terapeuti che hanno completato il programma di studi per l'abilitazione viene conferito il certificato e devono inoltre soddisfare i requisiti di perfezionamento dell'istruzione post-laurea. Inoltre, i nominativi dei terapeuti che hanno ultimato il piano di studi sono inoltrati al Washington State Adoption Support Program [il Programma di Sostegno alle Adozioni dello stato di Washington], il quale, a sua volta, può rendere noto questo elenco di nominativi alle famiglie adottive che eventualmente si mettono in contatto per chiedere informazioni sulle risorse disponibili nella comunità locale nell'ambito della salute mentale.

Il Northwest Adoption Exchange ritiene che con l'aumento nel numero di terapeuti che hanno ultimato un programma di studi per la certificazione progettato per istruirli riguardo ai bisogni particolari e agli special needs delle famiglie adottive, aumenteranno le alternative disponibili alle famiglie quando si trovano ad aver bisogno di terapia adozione-competente. Avendo promosso e sostenuto questo programma di abilitazione in una istituzione di istruzione riconosciuta, si è assicurato alla comunità dell'adozione che i terapeuti che esercitano la professione saranno istruiti e formati adeguatamente per lavorare con la popolazione sempre crescente di famiglie adottive dello stato di Washington.

**Outreach\*, formazione e supporti con personale dell'ente e studenti di assistenza sociale: Il Center for Adoptive Families [il Centro per le Famiglie Adottive]: Baltimore, Maryland**

Il Centro per le Famiglie Adottive (CFA) è stato il primo centro della zona di Baltimore/Washington ad occuparsi di counseling e di istruzione pre- e post-adozione con un approccio globale. E' un programma dell'Adoptions Together, Inc. Dal 1993 il CFA sostiene tutti i membri della triade adottiva: i genitori adottivi, i genitori di nascita e i figli adottati. Inoltre, il Centro offre servizi *outreach* a scuole, a provider sanitari e alla comunità in generale, per assicurare il successo nel mantenimento di rapporti forti e sani nella famiglia adottiva. Secondo la Direttrice del Centro, Louise Fleischman, “L'adozione è la massima

*“L'adozione è la massima fusione tra ciò che fa la natura e ciò che fanno le cure amorevoli, il luogo dove il patrimonio genetico e le abilità genitoriali si incontrano per formare l'individuo. Perciò, abbiamo scelto un approccio mirato al “wellness” (ossia dello stare bene) e vediamo l'adozione come un evento che si verifica una volta sola, con implicazioni, però, per tutta la vita.”*

—Louise Fleischman  
Direttrice  
Center for Adoptive Families

*fusione tra ciò che fa la natura e ciò che fanno le cure amorevoli, il luogo dove il patrimonio genetico e le abilità genitoriali si incontrano per formare l'individuo. Perciò, abbiamo scelto un approccio mirato al “wellness” (ossia dello stare bene) e vediamo l'adozione come un evento che si verifica una volta sola, con implicazioni, però, per tutta la vita.”<sup>77</sup>*

Per essere più sicuri della competenza in materia di adozione degli operatori assunti dall'ente, il CFA ha sviluppato un percorso particolare per valutare e sviluppare la competenza dei propri clinici in questo campo, includendo:

- Un colloquio informale per valutare le conoscenze dell'operatore sull'adozione e la sua disponibilità all'apprendimento. Alcune domande aperte di valutazione poste all'operatore sono: Mi racconti delle sue esperienze con le famiglie adottive; Mi racconti quello che sa di una situazione particolare dell'adozione; Mi racconti quello che sa sull'attaccamento.
- La partecipazione obbligatoria ad un corso formativo sull'adozione, sviluppato dal CFA con un piano di studi che copre gli elementi chiave della pratica professionale nei servizi adozione-competenti di salute mentale, tra cui:
  - La comprensione delle reazioni dei bambini alla separazione, alla perdita e al lutto, e le correlazioni con l'attaccamento
  - La comprensione delle problematiche emozionali individuali della famiglia adottiva
  - Il lavoro in collaborazione con i sistemi della comunità locale per assicurare che le problematiche connesse all'adozione siano comprese e affrontate
  - La comprensione delle fasi dello sviluppo e di ciò che ci si può aspettare da bambini con storie di trascuratezza o abusi, di separazione, di perdita e di lutto
  - Letture sull'adozione per le famiglie adottive
  - L'utilizzo di gruppi di supporto per bambini e per genitori, con l'obiettivo di normalizzare le loro esperienze
  - L'esperienza obbligatoria di “seguire le mosse” dei membri dello staff, osservandoli durante le visite domiciliari per comprendere meglio l'orientamento professionale e l'esperienza pratica della professione in adozione
  - La partecipazione obbligatoria a gruppi in cui i bambini condividono le loro esperienze
  - L'esposizione obbligatoria al linguaggio e ai concetti dei servizi post-adozione

Secondo Fleischman, la cura meticolosa dello screening e della preparazione durante il processo pre-assunzione aiuta il CFA a reclutare e a mantenere in servizio operatori qualificati in grado di

---

<sup>77</sup> Comunicazione personale di Louise Fleischman, Direttrice del Centro per le Famiglie Adottive (novembre 2001).

soddisfare i bisogni complessi e particolari delle famiglie adottive servite. Il CFA è stato autorizzato dal Comitato di Esaminatori per l'Assistenza Sociale dello stato del Maryland a conferire crediti di Educazione Continua agli assistenti sociali del Maryland.

E ancora più recentemente, i materiali del piano di studi formativo del CFA sono stati utilizzati all'Università Cattolica e all'Università del Maryland per integrare i piani di studi accademici delle loro scuole di assistenza sociale con le problematiche dell'adozione e con contenuti relativi all'attaccamento. Con questa esposizione alla teoria e alla pratica in materia di adozione si mira a portare gli studenti e gli assistenti sociali neo laureati ad una comprensione più profonda della complessità delle famiglie adottive e delle problematiche relative alla salute mentale connesse all'adozione.

**L'autorizzazione IV-E concessa allo stato del Maine per servizi post-adozione e per la formazione di specialisti nel territorio: una collaborazione dello Stato del Maine con i Casey Family Services e l'Università del Southern Maine**

Gli stati ricevono fondi federali ai sensi del Title IV per coprire le spese di vitto e alloggio dei bambini che ne hanno i requisiti e che ricevono assistenza extra-domiciliare, e per la formazione in assistenza ai minori. Ai sensi dell'Adoption and Safe Families Act [la Legge federale per l'Adozione e Famiglie Sicure] del 1997, il Congresso ha riconosciuto al Dipartimento della Sanità e dei Servizi Umani l'autorità di approvare fino a dieci autorizzazioni aggiuntive all'anno per cinque anni per progetti dimostrativi, allo scopo di verificare modi alternativi di impiego dei fondi del IV-E per migliorare la flessibilità e la qualità dei servizi di assistenza ai minori. Lo stato del Maine ha sviluppato un progetto dimostrativo per l'autorizzazione ai sensi del Titolo IV e per l'Assistenza Sociale Mirata nell'ambito del Medicaid, onde rispondere al crescente bisogno di supporto e di servizi di salute mentale post-adozione, ed anche all'esigenza di percorsi formativi relativi all'adozione per provider di servizi di salute mentale nel territorio.

Il Maine sta utilizzando i propri fondi del Title IV-E per fornire servizi post-adozione, insieme ad altri fondi tradizionalmente allocati per finanziare iniziative formative, incanalati attraverso il Maine Child Welfare Training Institute [un istituto specializzato nella formazione per l'assistenza ai minori] dell'Università del Southern Maine, per la formazione di provider nel territorio e di specialisti sia della salute mentale sia dell'Assistenza Sociale Mirata del Medicaid, e per una verifica dell'efficacia dei servizi e della formazione. Il progetto dimostrativo, il "Maine Adoption Guides Demonstration Project", è una partnership tra il Dipartimento dei Servizi Umani del Maine, la Succursale del Maine dei Casey Family

Services, l'Università del Southern Maine e le famiglie adottive partecipanti. L'ipotesi alla base dell'autorizzazione è duplice:

*“Alcuni enti proprio non si rendono conto che devono lavorare insieme alle famiglie... siamo una parte del problema e una parte della soluzione.”*

–Un genitore adottivo

1. Se forniti dalle primissime fasi del processo adottivo, i servizi post-adozione porteranno ad adozioni che sono più stabili nel tempo.
2. Se i bambini/ragazzi hanno bisogno di trattamenti extra-domiciliari dopo l'adozione, l'offerta di servizi e supporti flessibili aiuterà questi bambini/ragazzi adottati a tornare a vivere con le loro famiglie adottive prima e in modo più stabile.

Il progetto IV-E è composto di tre componenti:

1. I fondi del Medicaid vengono utilizzati per servizi di “assistenza sociale” arricchiti, con un gruppo “sperimentale” di famiglie adottive (selezionate a caso) che hanno bisogno di supporto per mantenere un figlio adottato in casa e per navigare nel sistema di servizi e supporti.
2. La formazione di provider locali nella pratica professionale adozione-competente di assistenza ai minori e della salute mentale.
3. Ricerche relative ai gruppi sperimentali e di controllo, in collaborazione con l'Università del Southern Maine, per valutare quali supporti flessibili continuo di più per le famiglie adottive.

Durante il primo anno del progetto, il Dipartimento dei Servizi Umani del Maine ha lavorato in collaborazione con i Casey Family Services per progettare e attuare iniziative formative adozione-competenti in tutto lo stato. Con l'adattamento di materiali dal Programma di Studi per l'Adoption Support and Preservation (ASAP) [il Supporto e la Preservazione delle Adozioni] (sviluppati dal Centro Nazionale di Risorse per Adozioni classificate come Special Needs, allo Spaulding for Children di Southfield nel Michigan, con fondi federali concessi per le Adoption Opportunities), l'equipe del Maine ha lavorato per permettere ai provider pubblici e privati di assistenza ai minori e agli operatori locali nel campo della salute mentale di acquisire una conoscenza dell'ampio spettro di vicissitudini che normalmente fanno parte della vita dei bambini adottati e delle loro famiglie e di essere capaci di aiutare le famiglie adottive a formare forti legami nel tempo. Le equipe, composte di un genitore adottivo, un

clinico post-adozione adozione-competente e un assistente sociale specializzato in adozione, hanno guidato i percorsi formativi in tutto lo stato. Finora, oltre 300 operatori sociosanitari, pubblici e privati, provenienti da tutto lo stato, hanno partecipato al corso formativo di tre giorni.

Per creare un collegamento tra questo progetto Title IV-E e il sistema di salute mentale e del Medicaid dello stato del Maine, la formazione era focalizzata inizialmente sui centri locali di salute mentale presenti nel Maine. La maggior parte delle famiglie che adottano bambini dal sistema pubblico di assistenza ai minori utilizza le indennità del Medicaid per i servizi sanitari speciali e di salute mentale che occorrono per il bambino. Tramite il programma dell'Assistenza Sociale Mirata, l'utilizzo dei fondi Medicaid per sostenere i servizi di salute mentale per bambini adottati diviene un'alternativa praticabile per servire le famiglie adottive del Maine. L'utilizzo di tali fondi potrebbe sostenere questi servizi necessari qualora il progetto (e il finanziamento) di Title IV-E non dovesse continuare oltre la sua durata di cinque anni. Tramite questo accordo tra le Divisioni dell'Assistenza ai Minori e del Medicaid, le famiglie hanno una probabilità più alta di ricevere i tipi di servizi sostenuti dal Medicaid e adozione-competenti di cui hanno bisogno, e senza dover essere costretti ad uscire dal flusso dei finanziamenti Medicaid.

Il Programma Post-adozione dei Casey Family Services ha fornito una serie globale di servizi post-adozione, che comprende assistenza sociale, informazioni e riferimenti, gruppi di supporto, respite care, terapia individuale e familiare in relazione alle problematiche dell'adozione, supporto riabilitativo, trattamento residenziale, servizi ricreazionali, servizi di perorazione e assistenza di ricerca della/sulla famiglia di nascita.

Diane Kindler, Vicedirettrice della Succursale del Maine dei Casey Family Services, riferisce:

*“Ora nello stato del Maine abbiamo un crescente potenziale di risorse disponibili, costituito da clinici e operatori sociosanitari, al quale le famiglie adottive possono rivolgersi e che comprendono le problematiche dell'attaccamento, del lutto e del senso di perdita dei bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori. La risposta alle iniziative formative, specialmente da parte dei dirigenti dei centri locali di salute mentale, è stata ottima!”<sup>78</sup>*

Interpellata sulla questione di quali servizi sembrano contare di più per le famiglie, Kindler ha indicato che secondo un esame preliminare dei dati, i gruppi di supporto e il respite sono i servizi più importanti per il senso di benessere delle famiglie. Sempre secondo Kindler: *“Le famiglie hanno veramente apprezzato la possibilità di incontrarsi con altre famiglie per parlare delle loro esperienze e difficoltà. Abbiamo cercato di*

---

<sup>78</sup> Comunicazione personale di Diane Kindler, Vicedirettrice, Casey Family Services del Maine, aprile 2002.

*incentivare la partecipazione a questi gruppi di supporto, trasformandoli in cene-incontro (ogni famiglia porta qualcosa da mangiare) e offrendo un servizio “micro-nido”, intrattenimento per bambini e delle opportunità ai bambini e ragazzi per suddividersi in gruppi separati in base all'età per consentirli di parlare tra di loro delle loro difficoltà secondo le loro attuali e specifiche fasi dello sviluppo. Speriamo di arricchire l'offerta in termini di componenti specifiche per questi gruppi di*

*“Ora nello stato del Maine abbiamo un crescente potenziale di risorse disponibili, costituito da clinici e operatori sociosanitari, al quale le famiglie adottive possono rivolgersi e che comprendono le problematiche dell'attaccamento, del lutto e del senso di perdita dei bambini adottati dal sistema di assistenza ai minori. La risposta alle iniziative formative, specialmente da parte dei dirigenti dei centri locali di salute mentale, è stata ottima!”*

–Diane Kindler  
Vicedirettrice  
Maine Division  
Casey Family Services

*giovani nel corso del prossimo anno. Respite in termini di pause di breve durata e di campi/centri estivi, ecc., è percepito anch'esso come elemento da cui si trae molto beneficio.<sup>79</sup>*

### **Collaborazioni tra i piani di managed care per la salute mentale e del Medicaid allo scopo di includere le aspettative contrattuali relative alla competenza in materia di adozione**

Discussioni avvenute con genitori adottivi e specialisti in tutto il paese hanno evidenziato molte opportunità già esistenti all'interno dei sistemi della salute mentale e del Medicaid, per creare la competenza in materia di adozione senza dover re-inventare tutto da capo. Gli enti statali di assistenza ai minori possono collaborare con gli enti statali del Medicaid e della salute mentale per *condividere* creativamente le *responsabilità* nel servire i bambini adottati che presentano gravi condizioni affettive, comportamentali e psichiatriche. Tramite

queste collaborazioni, i bambini possono restare fuori pericolo all'interno delle proprie famiglie e nel proprio contesto locale, ed essere protetti dall'ulteriore trauma di un collocamento fuori casa e non necessario. Due esempi certamente promettenti vengono esaminati qui di seguito.

### **La competenza in materia di adozione dei sistemi di managed care per la salute mentale e del Medicaid: l'esperienza del Colorado**

Lo stato del Colorado offre un esempio singolare di collaborazioni messe in atto tra i sistemi di assistenza ai minori, della salute mentale e del Medicaid, i quali hanno lavorato insieme strategicamente per rinforzare la capacità dei sistemi di managed care della salute mentale di soddisfare le complesse esigenze relative alla salute mentale, delle famiglie che si sono formate tramite l'adozione.

<sup>79</sup> Ibid.

Il sistema pubblico di salute mentale del Colorado offre un ampio spettro di servizi relativi alla salute mentale ai cittadini del Colorado che hanno bisogno di questi servizi. Una componente consiste nel Medicaid Mental Health Capitation Program [il Programma Medicaid a Capitazione (Quote pro Capite) per la Salute Mentale], il quale fornisce sussidi e servizi agli utenti del Medicaid nel Colorado tramite un'organizzazione di managed care. Il Programma ha avuto inizio nel 1995 in 51 delle contee del Colorado e si è esteso alle altre 13 contee nel 1998. Lo stato del Colorado ha istituito un sistema di managed care in un momento in cui sembrava che il programma Medicaid più tradizionale, consistente nella prestazione di servizi ad onorario, limitasse l'accesso dei consumatori ai servizi di salute mentale individualizzati. Col rapido aumento dei costi del programma, inoltre, lo stato ha ritenuto più probabile che un sistema di managed care avrebbe utilizzato in modo più efficiente i fondi disponibili.

La flessibilità del nuovo Programma Medicaid a Capitazione per la Salute Mentale, permette alle organizzazioni di managed care e ai provider di servizi di offrire una gamma molto più vasta di tipi di servizi, rispetto alle possibilità offerte con il programma Medicaid tradizionale. La disponibilità di una serie completa di servizi è ora d'obbligo; tali servizi includono varie alternative di cure residenziali, respite care, sedi di circoli per consumatori e centri *drop-in\**, servizi domiciliari, servizi specializzati per le famiglie adottive e servizi di formazione professionale. L'assetto strutturale consiste in otto Mental Health Assessment and Services Agencies (MHASA) [Enti di Valutazione e Servizi di Salute Mentale], presenti in tutte le 64 contee dello stato. La selezione è avvenuta attraverso una procedura di asta competitiva e i MHASA devono obbligatoriamente fornire tutti i servizi di salute mentale necessari dal punto di vista medico e clinico.

Durante l'ultimo ciclo contrattuale, il sistema di assistenza ai minori ha convinto il sistema per la salute mentale a richiedere ai MHASA l'offerta di servizi relativi all'adozione. La competenza in adozione è stata arricchita utilizzando uno stanziamento federale per le Adoption Opportunities per la formazione del personale dei centri per la salute mentale sulle problematiche relative all'attaccamento, alla perdita e al lutto vissuti dai bambini che sono sotto la tutela del sistema di assistenza ai minori. In concomitanza, si addestrava anche lo staff dei programmi di Child Protection Intake [i programmi della Presa in Carico per la Protezione dei Bambini], favorendo un approccio integrato ai servizi per

*“E' stata un'impresa stimolante aiutare lo staff impegnato nella valutazione familiare a capire l'importanza dello stato adottivo di un bambino... Ora gli operatori sono attenti quando un/ a bambino/ a dice di essere stato/ a adottato/ a, e questa informazione li assiste nella formulazione dei piani di trattamento.”*

—Christine Gradert  
Vicepresidente  
Family Resources, Inc.

bambini/ragazzi adottati e le loro famiglie. Lo stato del Colorado ha anche condiviso questo modello formativo con lo stato dell'Utah in un'iniziativa mirata a diffondere le conoscenze acquisite con lo stanziamento per le Adoption Opportunities. Ed anche se le iniziative formative associate allo stanziamento sono terminate, la competenza in adozione di quei provider di servizi di salute mentale formati dal programma perdura. Questi provider stanno sostenendo un'iniziativa mirata a soddisfare meglio i bisogni continuativi relativi alla salute mentale dei bambini adottati e delle loro famiglie nel corso del tempo.

### **Una clinica ambulatoriale specializzata nella salute mentale per sostenere la permanenza: il Kinship Center della California**

Nei primi mesi del 2000, il Kinship Center, un'organizzazione che si occupa di collocamenti e della salute mentale dei bambini, ha inaugurato l'Adoption Clinic, la prima clinica di salute mentale nello stato della California a dedicarsi ai bambini sotto tutela affidataria e collocati permanentemente presso parenti, genitori affidatari o nuovi genitori adottivi. La Clinica era stata fondata con lo scopo di occuparsi dei fattori di rischio di tipo medico e sociale dei bambini che vengono adottati dal sistema di assistenza ai minori. Il direttore del programma è un assistente sociale esperto nel lavoro socio-clinico e genitore adottivo.

Le esperienze dell'Adoption Clinic evidenziano che molti dei bambini adottati dal sistema di tutela affidataria della California presentano una varietà di disturbi psichiatrici. La clinica è situata nella Contea di Orange, e il programma fornisce a circa 125 bambini e le loro famiglie, ogni settimana, servizi di salute mentale basati nella clinica e finanziati dall'Early Periodic Screening Diagnosis and Treatment (EPSDT) [Screening Precoce e Periodico, Diagnosi e Cura]. Lo sviluppo della clinica è frutto di un progetto congiunto tra l'Ente per i Servizi Sociali, l'Ente per i Servizi Sanitari, l'Ente per i Servizi per i Bambini e i Giovani e il Kinship Center, tutti della Contea di Orange. La clinica è stata progettata per servire 66 bambini. Si è superata questa capacità nei primi sei mesi di attività e il programma è stato poi ampliato attraverso un finanziamento stanziato dalla Children and Families Commission [la Commissione per i Bambini e le Famiglie], una partnership pubblica/privata che fornisce finanziamenti, vigilanza della qualità assicurata, e valutazioni dei risultati.<sup>80</sup>

Gli interventi terapeutici dello staff dell'Adoption Clinic hanno portato alla stabilizzazione di famiglie in crisi, ad un aumento dell'autoregolazione dei comportamenti nei bambini, ad un

---

<sup>80</sup> Biddle, C. e Silverstein, D. (2002). *Bridges*. Association of Administrators of the Interstate Compact on Adoption and Medical Assistance.

miglioramento dell'adattamento e del funzionamento nell'ambiente scolastico, ed a progressi nel processo di rimarginazione dei traumi dovuti a esperienze precedenti di trascuratezza, abbandono e abusi. La maggior parte dei bambini viene curata senza l'uso di farmaci.<sup>81</sup>

In base alle conoscenze apprese dall'esperienza dell'Adoption Clinic, e in risposta alla mancanza di un follow-up coerente ed adeguato per bambini sotto tutela affidataria, il Kinship Center ha recentemente creato il Progetto Seedling. Il Progetto Seedling, anch'esso finanziato tramite l'EPSDT, predispone che i bambini di età inferiore ai 6 anni e sotto tutela affidataria siano sottoposti precocemente ad uno screening e a valutazioni complessive dello sviluppo e della salute mentale e che ricevano interventi appropriati relativi alla salute mentale quando occorre. Il progetto provvede anche l'accesso ad una formazione altamente specializzata e *coaching\** individuale per i caretaker\*. Lo staff multidisciplinare per il progetto comprende assistenti sociali, specialisti della valutazione/screening infantile, uno psicologo, un *parent educator* [un istruttore per i genitori], un pediatra e un terapeuta occupazionale.

**Collaborazioni con le iniziative per Systems of Care [Sistemi di Assistenza] per creare opportunità per servizi adozione-competenti di salute mentale**

La Systems of Care Initiative [Iniziativa per Sistemi di Assistenza] dei Comprehensive Community Mental Health Services for Children and Families [i Servizi Globali di Salute Mentale Locali per Bambini e Famiglie], finanziata dalla Child, Adolescent and Family Branch [Sezione per Bambini, Adolescenti e Famiglie] della Substance Abuse and Mental Health Services Administration [Ufficio per i Servizi Abuso di Sostanze e di Salute Mentale] (SAMHSA) offre all'interno di una struttura già esistente per la fornitura di servizi relativi alla salute mentale, un'opportunità molto entusiasmante per ampliare l'offerta di servizi e di supporti adozione-competenti per bambini e famiglie che si trovano di fronte a difficoltà relative alla salute mentale.

*“Sono così stanca di proposte che offrono quello che non serve e di non vedere mai proposte che offrono quello che serve veramente!”*

—Un genitore adottivo

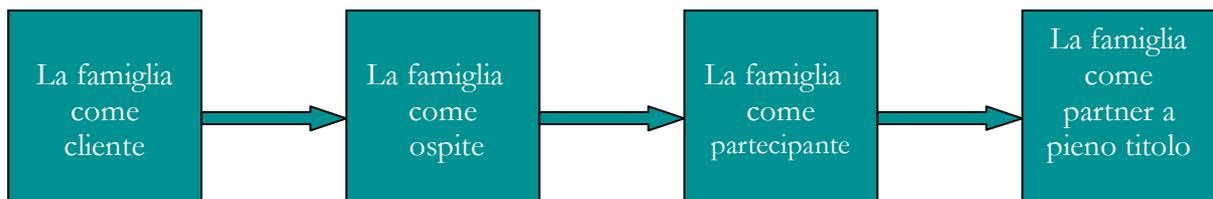
Questo programma di finanziamento federale, con stanziamenti che ammontano a milioni di dollari, sostiene iniziative per “Sistemi di Assistenza” in 41 stati, nel Guam, nel Porto Rico e nel Distretto di Colombia. Alcuni principi e pratiche fondamentali di questa Iniziativa per Sistemi di Assistenza vengono evidenziati qui perché, essendo strutturato con una diffusione distribuita in tutta la nazione, l'approccio di questo programma ha il potenziale per veicolare in modo ottimale le

<sup>81</sup> Ibid.

responsabilità per la creazione e il sostentamento di servizi adozione-competenti di salute mentale all'interno dei singoli stati, delle contee e delle comunità locali.

Nel corso dell'ultimo decennio, i genitori di bambini con bisogni relativi alla salute mentale hanno acquisito le conoscenze, le abilità e l'accesso necessari per poter esercitare un'influenza sui sistemi di assistenza, in modo che i loro figli possano ricevere servizi migliori e più efficaci supporti centrati sulla famiglia. In molte aree della nazione ci sono famiglie che sono diventate partner influenti e che fungono da collaboratori, consiglieri, provider, pianificatori di progetti, amministratori, valutatori e peroratori nei sistemi di servizi di salute mentale attivati nella comunità.<sup>82</sup>

Il seguente schema illustra l'evolversi del ruolo della famiglia all'interno del modello dei sistemi di assistenza. Il potenziale di questo approccio è importante per quanto riguarda la prestazione di servizi alle famiglie adottive.



L'Iniziativa per Sistemi di Assistenza dà una forma concreta ai molti valori e orientamenti pratici descritti come necessità dalle famiglie adottive, mentre stentatamente cercano di trovare una risposta ai loro bisogni nei sistemi insensibili di servizi, spesso troppo propensi ad atteggiarsi a giudici. I Sistemi di Assistenza dovrebbero essere:

- centrati sul bambino e focalizzati sulla famiglia, e in modo che siano i bisogni del bambino e della famiglia a dettare i tipi e il mix di servizi forniti.
- basati nella comunità, con il locus dei servizi e la responsabilità gestionale e decisionale restando a livello locale.
- competenti culturalmente, con enti, programmi e servizi sensibili alle differenze di cultura, di razza e di etnia della popolazione servita.

L'Iniziativa per Sistemi di Assistenza è inoltre impegnata nella prestazione di una varietà di servizi *wraparound* [di avvolgimento] per sostenere i bambini e le loro famiglie all'interno delle proprie comunità locali. Questo approccio all'erogazione di servizi rispecchia la visione delle famiglie adottive nella loro

<sup>82</sup> *Systems of Care: Promising Practices in Children's Mental Health: New Roles for Families.* (1998). SAMHSA. [www.samhsa.gov/centers/cmhs/cmhs](http://www.samhsa.gov/centers/cmhs/cmhs)

descrizione degli sforzi compiuti per trovare servizi complessivi per i figli. Il concetto di *wraparound* nell'ambito dell'Iniziativa per Sistemi di Assistenza consiste nella seguente definizione:

*“Wraparound è una filosofia dell'assistenza che comprende un processo di pianificazione definibile, che coinvolge il bambino e la famiglia e che porta ad un insieme particolare di servizi locali e di supporti naturali individualizzati per quello specifico bambino e quella specifica famiglia, onde ottenere un insieme positivo di risultati.”<sup>83</sup>*

Per esempio, ad una famiglia adottiva si può fornire una serie di servizi e supporti, oltre che istruzione e persino *respite*, nel tentativo di evitare che la figlia undicenne con disturbi affettivi e tendenze suicide venga riammessa all'ospedale per cure psichiatriche. Servizi *wraparound* possono includere assistenza sociale mirata, terapia familiare domiciliare, gestione del trattamento farmacologico tramite uno psichiatra locale, sostegno didattico/assistenza scolastica in aula e un programma doposcuola presso una chiesa locale. Questo mix di servizi avvolge i familiari con sostegno e attenua i fattori di stress durante i periodi in cui sono particolarmente vulnerabili.

Jan McCarthy del National Technical Assistance Center for Children's Mental Health [il Centro Tecnico Nazionale di Assistenza per la Salute Mentale dei Bambini] al Child Development Center della Georgetown University commenta:

*“Le famiglie adottive in cerca di servizi di salute mentale appropriati per i figli che hanno special needs potrebbero guardare ad un ‘sistema di assistenza’ come un contesto family-friendly per riforme in cui ‘alloggiare’, sviluppare e sostenere servizi di salute mentale adozione-competenti. La filosofia del sistema di assistenza e la base dei valori, che favoriscono entrambi l'assistenza individualizzata, le partnership con le famiglie, la competenza culturale, la collaborazione inter-ente e servizi radicati nella comunità, offrono l'opportunità alle famiglie adottive di trovare degli alleati e di lavorare sia con i provider sia con i responsabili delle politiche, nella progettazione e attuazione della gamma completa di tutti i tipi di servizi necessari.”<sup>84</sup>*

*“Le famiglie adottive in cerca di servizi di salute mentale appropriati per i figli che hanno special needs potrebbero guardare ad un ‘sistema di assistenza’ come un contesto family-friendly per riforme in cui ‘alloggiare’, sviluppare e sostenere servizi di salute mentale adozione-competenti.”*

–Jan McCarthy

Direttore

National Technical

Assistance Center

for Children's Mental Health

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Comunicazione personale di Jan McCarthy, Direttore del Settore Politiche di Assistenza ai Minori al National Technical Assistance Center for Children's Mental Health presso il Child Development Center della Georgetown University. (maggio 2002).

L'accrescimento della competenza in adozione delle attuali iniziative per Sistemi di Assistenza richiederà un approfondimento delle conoscenze degli esistenti operatori socio-sanitari che già si dedicano al lavoro professionale nell'ambito della salute mentale centrato sulla famiglia e con solide basi nella comunità locale. Mentre non è stato possibile trovare una connessione specifica tra le iniziative per Sistemi di Assistenza e la formazione adozione-competente per questi provider attivi nel campo della salute mentale, questa impresa innovativa per la salute mentale dei bambini è molto promettente per future collaborazioni con i sistemi di assistenza ai minori che guardano verso l'ottimizzazione delle risorse disponibili alle famiglie adottive di bambini con bisogni relativi alla salute mentale. Le iniziative per Sistemi di Assistenza già esistenti nel territorio e che si affidano ad un approccio basato sui punti di forza nel loro lavoro con le famiglie e i bambini rappresentano il luogo ideale per la formazione mirata alla competenza in adozione e per l'arricchimento dei relativi programmi. Potrebbe anche darsi che l'occasione tanto attesa sia da "cogliere" proprio qui con queste stesse iniziative!

### **La competenza in adozione, centrata sulla famiglia, nei programmi di assistenza residenziale**

Ci sono momenti in cui l'intervento terapeutico per bambini con problemi di salute mentale può richiedere un ambiente residenziale strutturato in modo molto articolato, con servizi che "avvolgono" i bambini per facilitare la stabilizzazione dei loro comportamenti e delle loro emozioni, e dove possono acquisire migliori abilità di auto-regolazione. Questo potrebbe anche non essere l'alternativa primaria per il trattamento, ma non si può ignorare il fatto che per alcuni bambini, potrebbe essere necessaria l'assistenza intensiva residenziale a tempo determinato, come parte della serie di servizi adozione-competenti di salute mentale prevista per loro. Quando una famiglia adottiva decide di collocare il proprio figlio in un ambiente extra-domiciliare di trattamento residenziale, il senso di perdita e di fallimento è rilevante. Quando si deve cedere la custodia per ottenere questo aiuto, il senso di perdita è ancora più profondo e devastante, sia per i genitori adottivi sia per i figli. Quando il bambino entra o rientra nel mondo dell'assistenza residenziale finanziato con fondi pubblici, c'è una forte probabilità che la famiglia di quel bambino subisca un trauma e disempowerment\*, entrambi di fortissimo impatto ed entità. Molte strutture di assistenza residenziale, inoltre, faticano anche semplicemente a comprendere, nonché a credere nell'importanza di lavorare in collaborazione con la famiglia del bambino come partner.

Alla luce di questa realtà, si è cercato di trovare esempi di strutture/enti che hanno stimato il ruolo della famiglia durante le fasi di trattamento, per saperne di più sui servizi adozione-competenti di salute mentale nelle strutture di assistenza residenziale. Sono stati trovati alcuni esempi di programmi residenziali che non solo stimano il ruolo delle famiglie nel corso del recupero del figlio, ma hanno

anche fatto tentativi volti a stimare l'esperienza adottiva e le dinamiche relazionali mentre aiutano i bambini a riprendersi e a rimarginare le ferite.

### **Costruendo un approccio al trattamento centrato sulla famiglia: L'esperienza della Children's Home di Nashua**

Nel 1998 la Child Welfare League of America [l'Associazione di Assistenza ai Minori d'America] ha pubblicato un libro intitolato *Family-Centered Practice in Out of Home Care*. Uno dei messaggi fondamentali di quest'opera è stata l'importanza dello sviluppo di metodi significativi per coinvolgere le famiglie nelle fasi di trattamento e di prestazione di servizi in ambienti di cura extra-domiciliari. Dave Villiotti, Direttore Esecutivo della Nashua Children's Home situata a Nashua nel New Hampshire, e uno degli autori dell'opera appena citata, si è occupato dei cambiamenti che l'ente ha attraversato nei tentativi di coinvolgere le famiglie nelle fasi di trattamento dei loro Programmi per la Preservazione della Famiglia e di Assistenza Residenziale. Nel suo contributo, "Embracing the Chaos: Moving from a Child-Centered to Family-Centered Treatment Model in Residential Care", Villiotti scrive che tre cambiamenti strutturali di cultura sono stati attuati dall'ente lungo il percorso di integrazione del concetto della pratica professionale centrata sulla famiglia. Questi spostamenti d'orientamento emergevano a metà degli anni novanta, quando la direzione della State of New Hampshire Division of Children, Youth and Families [la Divisione dello Stato del New Hampshire per Bambini, Giovani e Famiglie] lanciava la sfida ai programmi di tutela affidataria e ai programmi residenziali di incorporare la pratica professionale centrata sulla famiglia in tutte le fasi del loro lavoro con i bambini.

*"...le scuole hanno l'opportunità di servire come portale ai servizi di salute mentale... ma spesso si rifiutano."*

—Un genitore adottivo

- *Il cambiamento del processo di supervisione:* Integrazione della supervisione nei programmi clinici di Preservazione della Famiglia e Residenziali per assicurare la fecondazione incrociata di idee e di insiemi di abilità, tutti costruiti sulla base del modello di trattamento centrato sulla famiglia;
- *L'incarico clinico di un terapeuta per famiglia:* L'incarico di un terapeuta doveva essere assegnato alla famiglia, piuttosto che ai programmi, assicurando che se fosse cambiato il livello di assistenza, la famiglia non avrebbe dovuto cambiare terapeuta;
- *Istruzione rivolta ai maggiori soggetti cointeressati:* Rieducazione dei membri del Consiglio d'Amministrazione dell'ente, dei giudici del Tribunale per i Minorenni, delle famiglie dei

bambini in cura e del personale dell'ente sull'importanza di far partecipare le famiglie in qualità di partner in tutte le fasi della prestazione/fornitura di servizi.<sup>85</sup>

Villiotti suggerisce che proprio questa nuova enfasi sul coinvolgimento della famiglia ha fatto emergere il quadro delle problematiche affrontate dalle famiglie adottive. *“Nel corso degli ultimi tre anni, man mano che il numero delle persone adottate in cura da noi aumentava, abbiamo fatto uno sforzo congiunto per capire meglio i disturbi dell'attaccamento, il lutto e la perdita.”* Il personale riceve una formazione sul modo in cui la perdita e il lutto agiscono sul comportamento infantile e sulle reazioni dei genitori adottivi. Fin dal momento della presa in carico, domande relative all'adozione vengono poste dallo staff allo scopo di sapere se e quando un bambino è stato adottato, come e se le persone coinvolte ritengono che l'adozione influisca con impatti sulla situazione attuale. Lo staff assiste i bambini e le famiglie anche nell'affrontare questioni irrisolte che riguardano la famiglia di nascita e le esperienze traumatiche pregresse che forse stanno ostacolando il processo di attaccamento.

I membri dello staff si occupano inoltre delle delusioni e frustrazioni della famiglia adottiva nei confronti dei sistemi di servizi che precedentemente venivano percepiti dalla famiglia adottiva come di nessun aiuto e/o disonesti nella condivisione delle informazioni sulla storia pregressa del bambino. Villiotti descrive i sentimenti di tradimento nei confronti del sistema frequentemente espressi dalle famiglie e che possono portare, di conseguenza, a voler semplicemente “dare indietro il bambino” quando si rivolgono alle varie alternative di trattamento residenziale. Il lavoro familiare con famiglie adottive comporta non solo il coinvolgimento della famiglia adottiva, ma anche quello (eventualmente, se e quando è opportuno) di prendere in considerazione come coinvolgere la famiglia di nascita nelle iniziative volte ad aiutare i bambini e i giovani ad elaborare il senso di perdita e il lutto associati al passato. La direzione alla Nashua Children's Home continua ad impegnarsi per far fronte creativamente alle problematiche relative al sentimento di tradimento provato dalle famiglie nei confronti del sistema statale, mentre cerca, allo stesso tempo, di assicurarsi che lo staff sia sensibilizzato riguardo alle problematiche relative all'adozione.

### **L'integrazione di servizi e trattamenti adozione-competenti per la salute mentale nello stato dell'Iowa: l'esperienza della Family Resources, Inc.**

La Family Resources, Inc., una grande organizzazione non a scopo di lucro, ha sede a Davenport nello stato dell'Iowa e offre una serie globale di servizi per bambini. Negli ultimi tre anni, l'organizzazione ha visto uno spostamento significativo nell'orientamento della pratica professionale nel

---

<sup>85</sup> Comunicazione personale di Dave Villiotti, Direttore Esecutivo della Nashua Children's Home. (aprile 2002).

corso di un processo in cui si faceva ogni sforzo per rendere più integrata l'organizzazione stessa. Secondo Tom Wilson, Presidente e Direttore Generale, *“l'obiettivo di questo massiccio spostamento culturale era di assicurare che a prescindere da 1) quale fosse la porta dell'ente attraverso la quale il bambino/la famiglia entrasse, e 2) quanti fossero i servizi nei quali erano coinvolti il bambino e la famiglia, ci sarebbe stato un unico processo di valutazione, ed anche un approccio coordinato e perfettamente coerente, senza interruzione di continuità, per quanto concerne la prestazione dei servizi.”*<sup>86</sup> Questo processo di evoluzione dell'organizzazione è servito da pietra angolare per le iniziative post-adozione. Visto l'impegno dell'ente mirato alla perfetta coerenza e continuità nella erogazione di servizi, la direzione ha preso in esame i tipi di servizi più frequentemente resi per ogni singola famiglia nel corso del trattamento. Cure residenziali, assistenza relativa all'affidamento e all'adozione e trattamenti diurni sono stati unificati sotto la direzione di un'unica équipe di trattamento. Queste équipe sono assolutamente cruciali per lo staff del programma, aiutando tutti ad acquisire una visione a “grande schermo”, mentre si impegnano nel difficile lavoro di attuare servizi per i bambini e per le loro famiglie.

All'inizio, nella fase di sviluppo delle équipe, una marcata diversità tra i programmi nel modo di valutare i bambini era più che evidente. Per esempio, se un bambino fosse entrato nel programma residenziale con una storia di collocamenti precedenti, fughe e comportamenti di acting-out, i membri dell'équipe residenziale avrebbero consigliato un solido programma di modificazione comportamentale con un trattamento farmacologico e “time out”\*. I membri del programma adozione avrebbero suggerito che forse con fatica il bambino stava confrontandosi con il senso di perdita e il lutto, e che aveva bisogno di un intervento clinico focalizzato su queste problematiche. Lo staff residenziale avrebbe discusso del “*milieu* terapeutico” più appropriato, mentre lo staff del programma adozione avrebbe posto domande riguardanti i piani di permanenza dello stato. Col tempo, grazie a questo modello efficace di assistenza sociale interdisciplinare, ora ciascun programma procede con la valutazione dell'impatto dell'adozione sul comportamento del bambino e affronta le problematiche della famiglia adottiva in un quadro sistemico di riferimento diverso da quello utilizzato per la valutazione delle problematiche della famiglia di nascita. L'ente è diventato significativamente più sensibile all'adozione perché quei membri dello staff che comprendono l'adozione e l'impatto di esso sui bambini e sulle famiglie sono stati integrati in tutti gli aspetti della pianificazione dell'assistenza residenziale.

Secondo Christine Gradert, Vicepresidente dei Servizi Professionali dell'ente:

---

<sup>86</sup> Comunicazione personale di Tom Wilson, Presidente e Direttore Generale della Family Resources, Inc. (agosto 2002).

*‘E’ stata un’impresa stimolante aiutare lo staff impegnato nella valutazione familiare a capire l’importanza dello stato adottivo di un bambino. Anche se avevamo sempre chiesto, ‘Sei stato adottato?’, era come se chiedessimo il colore dei capelli - nel senso che semplicemente non era considerato un dato di importanza cruciale. Ora gli operatori sono attenti quando un/a bambino/a dice di essere stato/a adottato/a, e questa informazione li assiste nella formulazione dei piani di trattamento. Serve moltissimo anche a dare forma al nostro lavoro con le famiglie. Ci soffermiamo per meno tempo sugli specifici aspetti comportamentali che hanno portato il bambino in cura, per passare più tempo sul senso di perdita delle famiglie, sul senso di colpa per l’ambivalenza che sentono e sul loro timore di aver sbagliato.’<sup>87</sup>*

Il programma post-adozione della Family Resources, Inc. è finanziato principalmente dall’United Way. Secondo Gradert:

*‘Non ci sono proprio sufficienti investimenti nei servizi di assistenza post-adozione per bambini. Noi abbiamo cercato risorse esterne per inserire questa componente cruciale nella nostra gamma di servizi. Sarà meraviglioso quando arriveremo ad un punto in cui le scuole di assistenza sociale e il sistema globale di assistenza ai minori investiranno tempo e risorse in questo anello della catena dei servizi così a corto di finanziamenti e così scarsamente esteso come materia di insegnamento. Mi stupisco di quanti laureati persino con specializzazioni di programmi Masters in assistenza sociale, non abbiano neanche la ben che minima idea dell’importanza dell’adozione nella psiche emotiva di un bambino o di un adolescente. Noi sentiamo così spesso adolescenti che dicono: ‘Io non voglio essere uno che è stato adottato’ e gli crediamo. Come potrebbe essere diversa la vita di quei ragazzi se ascoltassimo tali parole e sentissimo pure le seguenti, non dette, ‘Non voglio vivere l’esperienza di perdita mai più - quindi non mi lascerò andare, avvicinandomi a qualcuno.’<sup>88</sup>*

---

<sup>87</sup> Comunicazione personale di Christine Gradert, Vicepresidente dei Servizi Professionali della Family Resources, Inc. (aprile 2002).

<sup>88</sup> Ibid.

## Sommario & Raccomandazioni su “Aspetti realizzabili”

Un'intenzione chiave dell'Adoption and Safe Families Act [la Legge federale per l'Adozione e Famiglie Sicure] (ASFA) del 1997 era di facilitare la permanenza per bambini attraverso la preservazione e il sostegno della famiglia, la riunificazione di famiglie, l'adozione o un rapporto di tutela legale quando quest'ultimo costituisce un obiettivo appropriato. In seguito all'ASFA, ed anche all'Adoption 2002 Initiative [l'Iniziativa per le Adozioni entro il 2002] (la quale ha lanciato la sfida agli stati per raddoppiare il numero di adozioni dei bambini “in attesa” dai sistemi pubblici di assistenza ai minori), la permanenza attraverso l'adozione è stata raggiunta per molti bambini, i quali, in caso contrario, forse non avrebbero trovato protezione e stabilità in una famiglia per tutta la vita. Se da un lato, queste sono notizie davvero incoraggianti, dall'altro, a livello federale, statale e di comunità locali, questi risultati introducono anche ulteriori sfide - nonché obblighi.

Da oltre un decennio, insieme a famiglie formate attraverso l'adozione, i Casey Family Services si dedicano a fornire e a conoscere la serie omnicomprensiva dei servizi e supporti post-adozione. Abbiamo imparato che l'adozione è un percorso che si snoda per tutta la vita, il quale incomincia con il collocamento dei bambini presso potenziali famiglie adottive e continua oltre il momento del decreto definitivo di adozione. Dall'esame della letteratura, dagli studi condotti sui nostri stessi programmi e dalla nostra esperienza continuativa con bambini adottati e con le loro famiglie, abbiamo imparato che le famiglie adottive hanno bisogno di una costellazione di servizi educazionali, di sostegno, e terapeutici, localizzati nella comunità. Hanno anche la necessità di poter accedere episodicamente a questa serie di servizi. Joyce Maguire Pavao del Center for Family Connections [il Centro per i Legami Familiari] di Cambridge nel Massachusetts, descrive quest'ultimo come “terapia breve a lungo termine”. Questo mix di servizi deve essere fornito da provider di servizi e da terapeuti dotati di una base di conoscenza e di valori basilari adozione-competenti, i quali riescono ad intravedere i punti di forza del bambino e della famiglia in mezzo a circostanze complesse e a diagnosi preoccupanti. Le famiglie che si sono unite attraverso l'adozione hanno bisogno di essere comprese, incoraggiate e sostenute mentre vengono messe in grado (attraverso “l'empowerment”) di adempiere ai propri ruoli come figure che costituiscono l'influenza più terapeutica in assoluto nella vita del figlio nel corso del tempo.

Questo Libro Bianco individua una serie di pratiche promettenti nei servizi adozione-competenti di salute mentale. Queste collaborazioni hanno sfruttato al massimo le risorse esistenti, sviluppato nuove strategie e inciso incredibilmente sulla vita delle famiglie adottive. E' evidente che le partnership tra gli enti di assistenza ai minori, della salute mentale e del Medicaid *possono* creare strategie innovative che rispondono ai complessi bisogni delle famiglie adottive di oggi. Ed è evidente che per

finanziare queste strategie innovative un utilizzo creativo di risorse in termini di fondi pubblici<sup>89</sup> può essere individuato.

Le seguenti raccomandazioni costituiscono dei passi che gli enti di assistenza ai minori, della salute mentale e del Medicaid possono mettere in atto adesso. Queste raccomandazioni su "Aspetti realizzabili" possono essere attuate con le risorse finanziarie esistenti ora, a condizione che ci sia un accordo condiviso stabilendo servizi e supporti adozione-competenti di salute mentale come una priorità per tutti e tre i sistemi e che essi devono essere sostenuti nel corso del tempo per preservare la permanenza delle famiglie nella popolazione sempre crescente di famiglie che si uniscono attraverso l'adozione. Queste sono le strategie che i Casey Family Services e l'Annie E. Casey Foundation sono impegnati ad aiutare gli stati ad attuare, attraverso un impegno continuativo nei campi della ricerca, delle politiche, dell'assistenza tecnica e della formazione.

---

<sup>89</sup> Title IV-B, Parts 1 & 2, Title IV-E Administration and Training; Medicaid; TANF; Social Services Block Grant e Adoption Incentive funds.

## Raccomandazioni su "Aspetti realizzabili"

I Programmi Statali di Assistenza ai Minori, della Salute Mentale e del Medicaid possono:

1. Lavorare in collaborazione con i genitori adottivi in qualità di membri a pieno titolo dell'equipe professionale, impegnandoli e coinvolgendoli in modo significativo a tutti i livelli della progettazione dei programmi, dell'elaborazione delle politiche e della valutazione, oltre che della pianificazione del trattamento terapeutico individuale e relativi interventi;
2. Finanziare e sostenere gruppi a costi contenuti per l'educazione, di supporto e di networking delle famiglie;
3. Finanziare e sviluppare le opportunità di Internet che mettono le famiglie in collegamento con informazioni e supporti;
4. Finanziare e sostenere approcci globali a servizi adozione-competenti di supporto, di educazione e di salute mentale, compresi interventi terapeutici domiciliari;
5. Lavorare in collaborazione con le scuole di assistenza sociale e/o con enti privati per sviluppare modelli educazionali professionali adozione-competenti e innovativi destinati agli operatori sociosanitari nel campo dell'assistenza ai minori, ai provider basati nella comunità e agli specialisti di salute mentale;
6. Collaborare come partner per inserire i servizi di salute mentale per bambini adottati nei Piani statali del Medicaid e del Managed Care e per individuare un gruppo di provider di servizi di salute mentale, in possesso della certificazione della competenza in adozione e obbligati a continuare l'apprendimento in materia attraverso opportunità di sviluppo della specializzazione professionale;
7. Collaborare come partner con equipe di attuazione delle Iniziative per Sistemi di Assistenza per includere un'attenzione focale sui servizi adozione-competenti di salute mentale per bambini e famiglie;
8. Migliorare la focalizzazione centrata sulla famiglia e la competenza in adozione dei provider di trattamenti residenziali, arricchendo l'utilizzo creativo e strategico di cure residenziali per restituire i giovani alle rispettive famiglie adottive appena è possibile senza rischi e/o per partecipare ad una serie di servizi *wraparound* progettati in modo ottimale per tenere i giovani adottati presso le proprie famiglie in casa propria;
9. Collaborare come partner per la valutazione e il monitoraggio dell'efficacia dei servizi sociali e dei programmi di salute mentale, pubblici e privati, nel campo della competenza in materia di adozione;
10. Promuovere riforme legislative allo scopo di assicurare che le famiglie non debbano cedere la custodia per assicurarsi i servizi di cui hanno bisogno per i figli.

## Contatti

Desideriamo ringraziare le seguenti persone per aver contribuito generosamente con il loro tempo prezioso al contenuto di questo Libro Bianco.

### **Bill Bush**

Program Director  
Colorado Department of  
Human Services  
Division of Mental Health Services  
1575 Sherman Street  
Denver, CO 80203-1474  
303-866-7411

### **Deborah Cave**

Family Member  
Boulder, CO

### **Mary-Carter Creech**

Antioch University Seattle  
2326 Sixth Avenue  
Seattle, WA 98101-1814  
206-268-4113

### **Jane Elmore**

Consultant  
Illinois Department of Children  
and Family Services  
406 E. Monroe Street  
Springfield, IL 62701  
217-698-8747

### **Louise Fleischman**

Director  
Center for Adoptive Families  
Adoptions Together  
5750 Executive Drive  
Suite 107  
Baltimore, MD 21228  
410-869-0620

### **Sharen Ford**

Adoption Program Administrator  
Colorado Department of  
Human Services  
Division of Child Welfare Services  
1575 Sherman Street  
Denver, CO 80203-1474  
303-866-4629

### **Christine Gradert**

Vice President of  
Professional Services  
Family Resources, Inc.  
2800 East Avenue  
Davenport, IA 52803  
563-326-6431

### **Kris Hennemen**

Director of Training  
and Marketing  
Spaulding for Children  
16250 Northland Drive  
Suite 120  
Southfield, MI 48075  
248-443-2143

### **Jeanne Howard**

Center for Adoption Studies  
Illinois State University  
School of Social Work  
Normal, IL 61794-4650  
309-438-8503

### **Joe Kroll**

Executive Director  
North American Council  
on Adoptable Children  
970 Raymond Avenue  
Suite 106  
St. Paul, MN 55114  
651-644-3036

### **Ellen Kelly**

Case Practice Specialist  
New Jersey Division of Youth  
and Family Services  
P.O. Box 717  
Trenton, NJ 08625  
609-984-2380

### **Diane Kindler**

Deputy Director  
Maine Division –  
Casey Family Services  
75 Washington Street  
Portland, ME 04101  
207-253-3930

### **Drenda Lakin**

Spaulding for Children  
16250 Northland Drive  
Suite 120  
Southfield, MI 48075  
248-443-7080

### **Anita Marshall**

Child Welfare Senior Adviser  
Technical Assistance Partnership  
for Child and Family Mental  
Health At the American Institutes  
for Research  
1000 Thomas Jefferson Street NW  
Suite 400  
Washington, DC 20007  
202-298-2634

### **Pamela Marshall**

Consultant  
Federation for Families for  
Children's Mental Health  
1101 King Street  
Alexandria, VA 22314  
703-684-7710

**Jan McCarthy**

Director of Child Welfare Policy  
National Technical Assistance  
Center for Children's Mental  
Health at Georgetown  
University's Child  
Development Center  
3307 M Street NW  
Suite 401  
Washington, DC 20007  
202-687-5062

**Julie Prybil**

Parent Liaison  
Minnesota Adoption Support and  
Preservation  
3286 37th Street NW  
Maple Lake, MN 55358  
320-963-6055

**Debbie Riley**

Executive Director  
Center for Adoption  
Support and Education  
1120 Hampshire Avenue  
Suite 205  
Silver Spring, MD 20904  
301-593-9200

**Phyllis Stevens**

Director  
Together as Adoptive Parents  
478 Moyers Road  
Harleysville, PA 19438  
215-256-0669

**Dave Villiotti**

Executive Director  
Nashua Children's Home  
Nashua, NH 03064  
603-883-3851

## COMITATO CONSULTIVO NAZIONALE

**Comitato Consultivo Nazionale****per le Pratiche Promettenti nei Servizi Adozione-competenti di Salute Mentale****Mary Lee Allen**

Director of Child Welfare and  
Child Mental Health  
The Children's Defense Fund  
25 E Street NW  
Washington, DC 20001  
Tel: 202-662-3573  
Fax 202-662-3550  
[mlallen@childrensdefense.org](mailto:mlallen@childrensdefense.org)

**Kathy Barbell**

Senior Program Director  
Program Operations  
Child Welfare League of America  
50 F Street NW, 6th Floor  
Washington, DC 20001  
Tel: 202-942-0282  
Fax: 202-737-3687  
[kbarbell@cwla.org](mailto:kbarbell@cwla.org)

**Eileen Crutchlow**

Adoptive Parent  
Associate Professor  
Family Nurse Practitioner  
Southern Connecticut  
State University  
Department of Nursing  
501 Crescent Street  
New Haven, CT 06515  
Tel: 203-392-6489  
Fax: 203-392-6493  
[Low358@aol.com](mailto:Low358@aol.com)  
[crutchlow@scsu.ctstateu.edu](mailto:crutchlow@scsu.ctstateu.edu)

**Joy Duva**

Deputy Executive Director  
of Planning & Policy  
Casey Family Services  
127 Church Street  
New Haven, CT 06510  
Tel: 203-401-6900  
Fax: 203-401-6901  
[jduva@caseyfamilyservices.org](mailto:jduva@caseyfamilyservices.org)

**Doyle Evans**

American Public Human  
Services Association  
810 First Street NE  
Suite 500  
Washington, DC 024267  
Tel: 202-682-0100  
Fax: 202-289-6555  
[devans@aphsa.org](mailto:devans@aphsa.org)

**Frank Farrow**

Director of TARC  
The Annie E. Casey Foundation  
701 St. Paul Street  
Baltimore, MD 21202  
Tel: 410-223-2970  
Fax: 410-223-2927  
[FrankF@accf.org](mailto:FrankF@accf.org)

**Sharen Ford**

Program Administrator  
Colorado DHS  
Division of Child Welfare Services  
1575 Sherman Street  
Denver, CO 80203-1474  
Tel: 303-866-3197  
Fax: 303-866-4629  
[Sharen.ford@state.co.us](mailto:Sharen.ford@state.co.us)

**Sarah Greenblatt**

Director  
The Casey Center for Effective  
Child Welfare Practice  
Casey Family Services  
127 Church Street  
New Haven, CT 06510  
Tel: 203-401-6900  
Fax: 203-401-6901  
[sgreenblatt@caseyfamilyservices.org](mailto:sgreenblatt@caseyfamilyservices.org)

**Jean Hoffman**

Director  
Adoption Services Division  
Family Independence Agency  
P. O. Box 30037  
Lansing, MI 48909  
Tel: 517-373-3513  
Fax: 517-335-4019  
[Hoffmanj2@state.mi.us](mailto:Hoffmanj2@state.mi.us)

**Barbara Huff**

Executive Director  
Federation of Families for  
Children's Mental Health  
1101 King Street, Suite 420  
Alexandria, VA 22314  
Tel: 703-684-7710  
Fax: 703-836-1040  
[Bhuff@ffcmh.org](mailto:Bhuff@ffcmh.org)

**Diane Kindler**

Deputy Division Director  
Casey Family Services  
75 Washington Avenue  
Portland, ME 04101  
Tel: 207-253-3930  
Fax: 207-761-0748  
[dkindler@caseyfamilyservices.org](mailto:dkindler@caseyfamilyservices.org)

**Susan Klickman, E-557**

Adoption Program Specialist  
Texas Department of Protective &  
Regulatory Services  
P. O. Box 149030  
Austin, TX 78714-9030  
Tel: 512-438-3302  
Fax: 512-438-3782  
[klickms@tdprs.state.tx.us](mailto:klickms@tdprs.state.tx.us)

**Joseph Kroll**

Executive Director  
 North American Council on  
 Adoptable Children – NACAC  
 970 Raymond Avenue  
 Suite 106  
 St. Paul, MN 55114-1149  
 Tel: 651-644-3036  
 Fax: 651-644-9848  
[JoeKroll@aol.com](mailto:JoeKroll@aol.com)

**Kathy Ledesma**

Program Manager for Permanency  
 and Adoption  
 Oregon State Office for Services  
 to Children and Families  
 2nd Floor South – HSB  
 500 Summer Street NE E-71  
 Salem, OR 97301-1068  
 Tel: 503-945-5677  
 Fax: 503-945-6969  
[kathy.ledesma@state.or.us](mailto:kathy.ledesma@state.or.us)

**John Levesque**

Consultant  
 NRC for Special Needs  
 Adoption at Spaulding  
 for Children – Consultant  
 41 William Street  
 Portland, ME 04103  
 Tel: 207-774-4804  
 Fax: 207-774-4804  
[jlevesq7@maine.rr.com](mailto:jlevesq7@maine.rr.com)

**Lorrie Lee Lutz**

Consultant/Author  
 Managing Sr. Partner  
 L3P Associates, LLC  
 16 Plummer Drive  
 Raymond, ME 04071  
 Tel: 207-655-5277  
 Fax: 207-655-6752  
[LorrieL@L3PAssociates.com](mailto:LorrieL@L3PAssociates.com)

**Jan McCarthy**

Director  
 Child Welfare Policy  
 Georgetown University  
 Child Development Center  
 3307 M Street NW  
 Suite 401  
 Washington, DC 20007  
 Tel: 202-687-5062  
 Fax: 202-687-1954  
[jrm33@georgetown.edu](mailto:jrm33@georgetown.edu)

**Patrick McCarthy**

Director of Policy Reform and  
 Initiative Management  
 The Annie E. Casey Foundation  
 701 St. Paul Street  
 Baltimore, MD 21202  
 Tel: 410-223-2976  
 Fax: 410-223-2983  
[patm@acfc.org](mailto:patm@acfc.org)

**Judith Meyers**

President and Executive Director  
 Child Health and Development  
 Institute of Connecticut  
 270 Farmington Avenue  
 Suite 325  
 Farmington, CT 06032  
 Tel: 860-679-1520  
 Fax: 860-679-1521

**Mary Harris-Miller**

Team Leader  
 Post-Adoption Services  
 Casey Family Services  
 789 Reservoir Avenue  
 Bridgeport, CT 06606  
 Tel: 203-372-3722  
 Fax: 203-372-3558  
[mmiller@caseyfamilyservices.org](mailto:mmiller@caseyfamilyservices.org)

**O. Jane Morgan**

Adoption Specialist  
 Child Welfare Capacity  
 Building Division  
 Children's Bureau – Room 2412  
 330 C Street, SW  
 Washington, DC 20447  
 Tel: 202-205-8807  
 Fax: 202-205-8221  
[jmorgan@acf.dhhs.gov](mailto:jmorgan@acf.dhhs.gov)

**Elizabeth Oppenheim**

Program Director  
 Adoption  
 American Public Human  
 Services Association  
 810 First Street NE  
 Suite 500  
 Washington, DC 20002  
 Tel: 202-682-0100  
 Fax: 202-289-6555  
[loppenheim@aphsa.org](mailto:loppenheim@aphsa.org)

**Debbie Riley**

Executive Director  
 Center for Adoption Support and  
 Education, Inc. (C.A.S.E.)  
 1120 Hampshire Avenue  
 Suite 205  
 Silver Spring, MD 20904  
 Tel: 301-593-9200 x15  
 Fax: 301-593-9203  
[riley@adoptionssupport.org](mailto:riley@adoptionssupport.org)

**Sally Tubbesing**

Consultant  
 6 Scotch Pine Road  
 Freeport, ME 04032  
 Tel: 207-865-4451  
 Fax: 207-865-3567  
[sctubbesing@gwi.net](mailto:sctubbesing@gwi.net)

**Ada White**

Director of Adoption Services  
 Child Welfare League of America  
 440 First Street NW  
 Suite 310  
 Washington, DC 20001-2085  
 Tel: 202-638-2952  
 Fax: 202-638-4004  
[awhite@cwla.org](mailto:awhite@cwla.org)

## APPUNTI

## APPUNTI

### Il Casey Center for Effective Child Welfare Practice

Nel 2001 i Casey Family Services hanno avviato il Casey Center for Effective Child Welfare Practice per coordinare assistenza tecnica e consulenza in tutti gli stati della nazione. Il Centro opera all'interno di una rete di provider di assistenza tecnica della Annie E. Casey Foundation per fornire consulenza selettiva con vari stati e città su questioni relative al miglioramento del benessere e della stabilità dei bambini svantaggiati, delle famiglie e delle comunità locali.

### I Casey Family Services

Istituiti nel 1976 dal fondatore dell'United Parcel Service, Jim Casey, per servire come fonte di assistenza affidataria di alta qualità a lungo termine, oggi i Casey Family Services offrono un ampio spettro di programmi per bambini vulnerabili e famiglie in tutto il Nordest e a Baltimore nel Maryland. Si occupano di servizi e costituiscono il ramo dell'Annie E. Casey Foundation dedicato ai servizi diretti, offrendo assistenza affidataria specializzata (che comprende la pianificazione della permanenza, trattamenti e servizi a sostegno di ragazzi e adolescenti nel passaggio alla maggior età), servizi post-adozione e una serie di programmi basati sulla famiglia e di centri di risorse per famiglie. I Casey Family Services sono un ente di assistenza ai minori, senza scopo di lucro e pienamente autorizzato e accreditato, che gestisce otto succursali distribuite nel Connecticut, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island e Vermont.

### L'Annie E. Casey Foundation

Istituita nel 1948 da Jim Casey insieme ai suoi fratelli, l'Annie E. Casey Foundation opera da oltre mezzo secolo negli Stati Uniti per costruire un futuro migliore per bambini svantaggiati e le loro famiglie. La missione della fondazione è di favorire le politiche pubbliche e migliorare i servizi umani e supporti locali per rispondere efficacemente e realmente ai bisogni dei bambini e delle famiglie vulnerabili di oggi.

Casey Family Services  
127 Church Street  
New Haven CT 06510  
Telephone: 203.401.6900  
[www.caseyfamilyservices.org](http://www.caseyfamilyservices.org)

The Annie E. Casey Foundation  
701 St. Paul Street  
Baltimore, MD 21202  
Telephone: 410.547.6600  
[www.aecf.org](http://www.aecf.org)